

Приложение 1
к приказу Министерства
здравоохранения
Кыргызской Республики
№ ____ от ____ “ _____ ” 2023 г.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
МЕДИЦИНСКАЯ АККРЕДИТАЦИОННАЯ КОМИССИЯ**

**СТАНДАРТЫ
АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ ЦЕНТРОВ СЕМЕЙНОЙ
МЕДИЦИНЫ И ДРУГИХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ**

Бишкек 2022

«Стандарты аккредитации для организаций здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях», 6-я версия.

Стандарты предназначены для экспертов Медицинской аккредитационной комиссии в качестве инструмента аккредитации (оценки соответствия) государственных организаций здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях, а также для руководителей и специалистов вышеуказанных организаций здравоохранения, в качестве инструмента по улучшению качества медицинской помощи.

Введение.

В последние десятилетия во многих странах мира, ориентированных на качество активно создаются и развиваются независимые и регулируемые законами механизмы для периодической внешней оценки организаций здравоохранения по установленным стандартам. Все они предназначены для обеспечения качества или улучшения некоторых элементов качества в здравоохранении. Одним из механизмов внешней оценки организаций здравоохранения, который в последние годы используется в большинстве стран, является **аккредитация**.

Термин **«аккредитация»** в здравоохранении приобрел три разных значения, каждый из которых является правильным по своему контексту, но пользователям нужно знать эти различия:

- Признание профессиональными органами должного уровня полученного медицинского образования (с XIX века);
- Признание должного уровня оказания медицинских услуг (консорциум врачей и руководителей с 1917 года);
- Признание компетентности учреждения проводить работы в области сертификации предоставляемых медицинских услуг (ISO с 1946 года).

В большинстве стран, использующих для внешней оценки организаций здравоохранения механизм аккредитации, термин **«аккредитация»** понимается как **признание должного уровня оказания медицинских услуг в соответствии с установленными стандартами.**

В настоящее время в Кыргызской Республике улучшение качества оказания первичной медико-санитарной помощи является одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения.

Аккредитация является **ключевым механизмом системы управления качеством**, обеспечивающего оценку качества и непрерывное улучшение качества медицинских услуг посредством выявления факторов, влияющих на возникновение дефектов в процессе предоставления медицинских услуг и дачи рекомендаций по их устранению. **Одной из основных задач аккредитации, кроме внешней оценки, является создание внутренней системы качества, использующую стандарты аккредитации как основу самооценки и самоконтроля коллективов работников организаций здравоохранения в их профессиональной деятельности.** Компетентные действия каждого практикующего медика на своем рабочем месте еще не гарантируют качественной работы организаций здравоохранения в целом. Поэтому система управления качеством внутри организаций здравоохранения является необходимым дополнением к контролю и самоконтролю на индивидуальном уровне. С учетом сказанного, аккредитация организаций здравоохранения будет играть ключевую роль в обеспечении качества медицинских услуг.

Настоящий документ представляет собой шестую версию национальных стандартов аккредитации для государственных организаций здравоохранения,

осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях, разработанных на основе действующих национальных стандартов аккредитации для организаций здравоохранения, международных стандартов, принципов и требований в области качества и безопасности медицинских услуг и включающих ключевые требования к профессиональной деятельности/компетентности вышеуказанных организаций здравоохранения выполнение которых необходимо для прохождения процедуры аккредитации.

Данная версия стандартов разработана с целью содействия реализации нормативных правовых актов Кыргызской Республики и нормативных документов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в области охраны здоровья граждан, а также с целью содействия вышеуказанным организациям здравоохранения в улучшении качества и минимизации рисков оказываемых медицинских услуг и повышении эффективности их деятельности.

Область применения стандартов.

Настоящие стандарты устанавливают комплексные ключевые требования к менеджменту, безопасности, качеству и материально-технической базе государственных организаций здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях и применяются для их аккредитации.

Основные термины и определения.

Аккредитация в системе здравоохранения – официальная процедура признания компетентности организаций здравоохранения осуществлять профессиональную деятельность в соответствии со стандартами аккредитации.

Стандарты аккредитации в системе здравоохранения - документы, разработанные на основе консенсуса в которых устанавливаются требования к организации менеджмента в ОЗ, безопасности и качеству медицинских услуг, материально-технической базе организации здравоохранения.

Документированная процедура – специфический способ выполнять деятельность или процессы, которые документированы, внедрены и соблюдаются.

Должностная инструкция – письменный внутренний организационно-нормативный документ, регламентирующий в ОЗ критерии отбора на штатную должность, определяющий соподчиненность, подотчетность, должностные обязанности, права и ответственность работника.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи – любые, клинически выраженные инфекционные заболевания, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи вне зависимости от времени появления симптомов заболеваний.

Инфекционный контроль - система мероприятий, основанная на данных эпидемиологической диагностики и направленная на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения.

Конфиденциальность и приватность информации о пациенте – сохранение в тайне информации о состоянии здоровья и о личности пациента.

Неприкосновенность частной жизни пациента – невмешательство в частную жизнь пациента, неприкосновенность и сохранение личной, семейной и врачебной тайн.

Орган по аккредитации - юридическое лицо (государственное учреждение), созданное уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения для проведения аккредитации юридических и физических лиц, занимающихся медицинской деятельностью.

Ранжирование стандартов - расстановка стандартов по рангу, по признакам их значимости, масштабности, важности, весомости.

Система аккредитации - совокупность правил, требований, инструментов, организационных мероприятий, методов и процедур, регулирующих деятельность участников системы.

Стандартные операционные процедуры – документально оформленный набор пошаговых инструкций, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

Сокращения.

ВЛКК - Внутрिलाбораторный контроль качества;

ВОК - Внешняя оценка качества (в лабораториях);

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения;

ВИЧ/СПИД - Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита;

ГСЭН – Государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

ИБДОР - «Инициатива Больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку»;

ИВБДВ - Интегрированное ведение болезней детского возраста;

ИК - Инфекционный контроль;

ИМН - Изделия медицинского назначения;

ИСМП - Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;

КР - Кыргызская Республика;

ЛИС - Лабораторная информационная система;

МАК - Медицинская аккредитационная комиссия;

МЗКР - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;

МЛСИ - Межлабораторные сличительные испытания;

МКБ - Международная классификация болезней;

МСГЗ - Медицинская служба гражданской защиты;

МЧС – Министерство чрезвычайных ситуаций;

Орган УКМУ – Орган управления качеством медицинских услуг (в зависимости от уровня и структуры ОЗ, в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения КР: Комитет по управлению качеством медицинских услуг или Техническая группа по управлению качеством медицинских услуг);

ПАМО – Пункт автоклавирования медицинских отходов;

ПВО - Поствакцинальные осложнения;

СанПин - Санитарные правила и нормы;

СИ - Средства измерения;

СИЗ – Средства индивидуальной защиты;

СМИ – Средства массовой информации;

СОП - Стандартные операционные (рабочие) процедуры;

ТБ – Туберкулез;

ОЗ – Организация здравоохранения;

ХОБЛ - Хроническая обструктивная болезнь легких;

ЦСМ – Центр семейной медицины;

ЦСО - Централизованное стерилизационное отделение;

DOT - Direct Observed Therapy (лечение под непосредственным наблюдением);

ISQua – The International Society for Quality in Health Care (Международное общество по качеству в здравоохранении).

Цель, задачи и принципы аккредитации.

Целью аккредитации организаций здравоохранения Кыргызской Республики, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях, является обеспечение и защита прав потребителей на получение медико-санитарной помощи в объеме и качестве, определенными нормативными правовыми актами КР.

Задачи аккредитации:

- улучшить качество оказания медико-санитарной помощи пациентам;
- минимизировать риски при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам;
- улучшить систему менеджмента качества и безопасности в ОЗ, содействовать ОЗ им в оптимизации внутренней системы управления качества на основе нормативных/ аккредитационных требований;
- повышение роста доверия граждан к профессиональной деятельности ОЗ.

Принципы аккредитации:

- внешняя оценка для улучшения качества, а не контроль;
- коллегиальность и сотрудничество с аккредитуемыми объектами;
- открытость и доступность правил и инструментов аккредитации;
- компетентность органа по аккредитации;
- обеспечение равенства прав, законных интересов всех участников системы аккредитации;
- прозрачность информации об аккредитованных объектах для политиков/органов управления, общественности/пациентов;
- неразглашения конфиденциальной информации, если эта информация является коммерческой тайной.

Некоторые аспекты стандартизации в области аккредитации ОЗ в КР.

Критерии стандартов аккредитации:

- понятные;
- конкретные;
- измеримые (**система измерения/градации стандартов**);
- изменяющие отношение (**в сторону лучших практик**);
- достижимые;
- комплексные (содержание стандартов охватывает основные наиболее важные разделы деятельности ОЗ);

- надежные (одинаковое понимание требований и механизмов оценки стандартов всеми пользователями);
- проверяемые (наличие объективных механизмов для оценки выполнения стандартов);
- значимые (целесообразные) – в стандарте заложены ожидаемые требования к чему-либо (к менеджменту, материально-технической базе, уровню безопасности и качества), разработка и внедрение стандартов целесообразна с точки зрения ее социальной и экономической необходимости (для улучшения качества и безопасности медицинской помощи);

Принципы составления стандартов (Международные принципы ISQua для разработки и развития стандартов аккредитации для здравоохранения и социальной помощи):

- **Принцип 1.** Разработка стандартов (стандарты проектируются, разрабатываются и оцениваются путем точного и детального процесса).
- **Принцип 2.** Измерение стандартов (существует система для обеспечения последовательного и прозрачного рейтинга и показателей достижения результатов.).
- **Принцип 3.** Организационная роль, планирование и осуществление (стандарты оценивают потенциал и эффективность медицинских услуг и социальной помощи организаций).
- **Принцип 4.** Безопасность и риски (стандарты включают в себя меры по управлению риском для защиты безопасности пациентов / пользователей услуг, персонала и посетителей).
- **Принцип 5.** Фокус на пациенте/пользователе услуг (стандарты сосредоточены на пациентах / пользователях услуг и отражают непрерывность ухода).
- **Принцип 6.** Качественное осуществление медицинских услуг (стандарты требуют от поставщиков услуг регулярно контролировать, оценивать и улучшать качество услуг).

Источники разработки стандартов:

- Нормативные правовые и нормативные документы системы здравоохранения КР.
- Ранее разработанные национальные стандарты для аккредитации ОЗ.
- Международные стандарты, в том числе материалы/ инициативы ВОЗ в области безопасности и качества.
- Национальные стандарты (клинические руководства/ протоколы в области диагностики, лечения и ИК).

Организация (группировка) стандартов аккредитации осуществлялась по основным разделам профессиональной деятельности (горизонтально):

- управление;
- клиническая безопасность;
- качество медицинских услуг;
- материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами.

Стандарты аккредитации имеют четкую структуру, включающую:

- формулировку стандарта;
- требование стандарта (**конкретизированные рамки требований данного стандарта**)
- оценку выполнения стандарта (**механизмы, критерии и индикаторы выполнения стандарта**)

Система ранжирования и градации стандартов.

Для ранжирования (определения ранга, рейтинга) стандартов применен метод экспертного распределения стандартов на основе использования чисел порядковой, или ординальной (ordinarius - обычный) шкалы. В результате **ранжирования** все стандарты аккредитации разделены на три группы, и каждому стандарту присвоен ранг, указывающий на его значимость (важность, весомость) в совокупности стандартов, применяемых для оценки организации (при проведении аккредитации) по влиянию на качество и безопасность медицинских услуг:

1. Стандарты 1-го ранга - стандарты «А». Содержание стандартов связано:

- с ключевыми (первостепенной важности) требованиями к управлению качеством и безопасности медицинской помощи;
- с ключевыми (первостепенной важности) требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения качества и безопасности медицинской помощи.

2. Стандарты 2-го ранга - стандарты «Б». Содержание стандартов связано:

- с основными требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения безопасности медицинской помощи;
- с основными требованиями и процедурами в области обеспечения и повышения качества медицинской помощи;

3. Стандарты 3-го ранга - стандарты «В». Содержание стандартов связано:

- с менее важными требованиями и процедурами, влияющими на безопасность медицинской помощи;
- с менее важными требованиями и процедурами, влияющими на качество медицинской помощи.

Результаты экспертного ранжирования стандартов для ЦСМ и других амбулаторно-поликлинических ОЗ (распределение стандартов аккредитации по рангам: А, Б, В):

Блок 1. «Управление»

№ п/п	Стандарт	Результаты экспертного ранжирования стандартов (стандарты «А», «Б», «В»)
<u>Правоустанавливающие и организационные документы, организационная структура, требования к управленческому аппарату</u>		
1.1.	Учредительные/правоустанавливающие документы ОЗ соответствуют установленным требованиям.	Б
1.2.	Имеются необходимые организационные документы (локальные нормативные акты) ОЗ, соответствующие установленным требованиям.	Б
1.3.	Организационная структура и структура управленческого аппарата способствует реализации миссии/цели, стратегических задач и функций ОЗ.	А
1.4.	Квалификация и компетентность руководства способствуют эффективному управлению ОЗ.	А
<u>Планирование и отчетность</u>		
1.5.	Деятельность ОЗ осуществляется на плановой основе	В
1.6.	Мероприятия, включенные в планы работ, реалистичны, конкретны, измеримы, четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи.	Б
1.7.	Обеспечивается своевременная реализация запланированных мероприятий.	А
1.8.	Обеспечивается планирование мероприятий на случай чрезвычайных происшествий и обеспечивается их реализация.	Б

1.9.	Обеспечивается анализ/оценка реализации запланированных мероприятий.	А
<u>Финансовое управление</u>		
1.10.	Организация системы финансового менеджмента способствует реализации миссии/цели, задач и функций ОЗ.	Б
1.11.	Осуществляется регулярный учет и проверка эффективности использования материальных ценностей.	В
<u>Управление человеческими ресурсами</u>		
1.12.	На все штатные должности разработаны должностные инструкции.	В
1.13.	ОЗ укомплектована необходимым количеством компетентного и квалифицированного персонала соответствующим должностным требованиям для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества в соответствии со специализацией ОЗ.	А
1.14.	Осуществляется политика постоянного повышения квалификации медицинского персонала.	Б
1.15.	Сотрудники ОЗ, предоставляющие антенатальные услуги, услуги по родовспоможению и/или новорожденным, обладают достаточной профессиональной компетентностью в области поддержки грудного вскармливания.	Б
1.16.	Трудовой и коллективный договор между работодателем и работниками соответствуют нормативным правовым актам о труде.	В
1.17.	Личные дела персонала ОЗ ведутся и хранятся согласно установленному порядку.	В
<u>Управление информацией</u>		
1.18.	Персонал ОЗ имеет доступ к необходимой информации.	В
1.19.	Организация здравоохранения использует автоматизированную информационную систему для повышения эффективности деятельности и рационального расходования ресурсов.	Б
1.20.	ОЗ обеспечивает защиту конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе.	В
1.21.	Организация здравоохранения использует стандартный процесс управления документацией.	В
1.22.	Локальные нормативные акты, регулирующие повседневную деятельность организации здравоохранения, оформлены в соответствии с установленными требованиями.	В
1.23.	Имеется система регистрации входящей и исходящей корреспонденции и присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения.	В
1.24.	Медицинская и другая документация ОЗ, законченная делопроизводством архивируется в соответствии с установленными требованиями.	В
1.25.	Обеспечивается ведение утвержденной статистической отчетности	В
<u>Управление рисками и качеством медицинских услуг</u>		
1.26.	В ОЗ имеется структура, ответственная за управление рисками и качеством и медицинских услуг.	В
1.27.	Организована и эффективно работает система эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с медицинской помощью.	Б
1.28.	Все инциденты и неблагоприятные события, зарегистрированы, расследованы, проанализированы и используются для улучшения работы.	А
1.29.	Разработан план мероприятий по управлению рисками медицинских услуг и окружающей среды.	В
1.30.	Разработан и утвержден план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг.	В
1.31.	Обеспечивается реализация планов по управлению рисками и качеством. Проводится анализ/оценка эффективности выполнения запланированных мероприятий.	А
1.32.	Проводится анализ и разбор смертности.	Б
1.33.	Обеспечивается внедрение новых научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины.	Б
1.34.	Имеется годовой отчет о деятельности Органа УКМУ.	А
1.35.	В структурных подразделениях ОЗ осуществляется контроль качества и безопасности медицинских услуг.	А
1.36.	ОЗ, предоставляющая антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению	А

	за новорожденными, в полном объеме соблюдают международные и национальные требования в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.	
1.37.	ОЗ, предоставляющая антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, имеет ясно изложенную письменную политику в отношении грудного вскармливания.	А
1.38.	В Организации здравоохранения, предоставляющей антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, создана система мониторинга и управления данными связанная с грудным вскармливанием.	А

Блок «Управление» 38 стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 12 (31,6%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 11 (28,9%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 15 (39,5%).

Блок 2. «Клиническая безопасность»

2.1.	Риски заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями при осуществлении профессиональной деятельности идентифицированы и управляются.	Б
2.2.	Персонал проходит инструктаж по технике безопасности.	В
2.3.	Риски при работе с медицинской техникой и оборудованием оценены и управляются.	Б
2.4.	Выполняются правила дезинфекции.	Б
2.5.	В центральном стерилизационном отделении работает обученный персонал и соблюдается поточность системы работы.	А
2.6.	Выполняются правила предстерилизационной очистки, упаковки и загрузки стерилизатора.	А
2.7.	Выполняются правила стерилизации.	А
2.8.	Обеспечивается правильность выгрузки и хранения стерильных изделий медицинского назначения.	А
2.9.	Соблюдается гигиена рук медицинского персонала.	А
2.10.	Перед хирургическими манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала.	А
2.11.	Во время проведения работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, медицинский персонал использует средства индивидуальной защиты.	А
2.12.	Риски контаминации и получения травм от уколов иглами медицинским персоналом оценены и управляются.	А
2.13.	Сотрудники, имеющие профессиональный риск, обеспечиваются специальным питанием и другими льготами согласно трудовому законодательству.	В
2.14.	Соблюдается режим облучения помещений бактерицидными лампами.	В
2.15.	Соблюдается санитарно-гигиенический режим в помещениях.	Б
2.16.	Обеспечивается безопасность инъекционной практики.	Б
2.17.	Проведение лабораторных исследований осуществляется в условиях соответствующего микроклимата	В
2.18.	Соблюдаются правила транспортировки, хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в лаборатории.	Б
2.19.	Соблюдаются правила хранения лекарственных препаратов.	А
2.20.	Соблюдаются правила хранения вакцин.	А
2.21.	Имеется система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, где это необходимо.	Б
2.22.	Осуществляется безопасная практика иммунизации.	А
2.23.	Имеется противошоковая аптечка.	А
2.24.	Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий.	А
2.25.	Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи	А
2.26.	Обеспечивается безопасность персонала и пациентов при проведении рентгенологических исследований.	Б
2.27.	Соблюдаются правила безопасности при сборе отходов внутри структурных подразделений.	А

2.28	Соблюдаются правила безопасности при транспортировке медицинских отходов.	Б
2.29.	Соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов.	Б
2.30.	Имеются условия для соблюдения гигиены пациентов и персонала.	Б
2.31.	Соблюдаются правила сбора и транспортировки белья и защитной одежды сотрудников.	В
2.32.	Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки, хранения белья и защитной одежды сотрудников.	В

Блок «Клиническая безопасность» 32 стандарта:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 15 (46,9%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 11 (34,4%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 6 (18,7%).

Блок 3. «Качество медицинских услуг»

<u>Доступность медицинских услуг</u>		
3.1.	Медицинские услуги доступны.	В
3.2.	Предоставляется информация об ОЗ и о доступе к услугам.	В
3.3.	Медицинская помощь доступна для пациентов с ограниченными возможностями.	В
3.4.	Время ожидания приема специалистами ОЗ приемлемо для пациентов.	В
3.5.	Медицинское обслуживание учитывает языковые барьеры, культурные традиции и религиозные убеждения пациентов.	В
3.6.	Персонал ОЗ четко идентифицирован.	В
<u>Медицинское обслуживание непрерывно</u>		
3.7.	Обеспечивается преемственность с другими ОЗ.	В
3.8.	Медицинское обслуживание пациентов скоординировано с различными службами ОЗ.	В
3.9.	Обеспечивается непрерывность медицинского наблюдения за пациентами.	Б
3.10.	Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты.	В
<u>Регистрация пациентов и медицинские записи</u>		
3.11.	Первичная медицинская документация по ведению пациентов стандартная, содержит необходимую информацию и обеспечивает полную идентификацию пациентов.	В
3.12.	Медицинские записи о динамическом наблюдении за пациентами соответствуют установленным требованиям.	В
3.13.	План ведения/медицинского обслуживания соответствует состоянию пациента и его потребностям.	В
3.14.	Клинический диагноз вставлен своевременно и правильно обоснован.	В
<u>Обеспечение прав пациента</u>		
3.15.	Пациенты информированы о своих правах и свободах, а также системе разбора претензий.	В
3.16.	Информация о пациенте приватна и конфиденциальна, защищена от потери или неправильного использования.	В
3.17.	Пациенту гарантируется неприкосновенность частной жизни, уважение его чести и достоинства.	В
3.18.	ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания	В
3.19.	При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента.	В
3.20.	Оценивается удовлетворенность пациентов, их претензии принимаются во внимание. Существует система для рассмотрения жалоб пациентов.	В
<u>Адекватность медицинских услуг</u>		

медицинское обслуживание беременных, детей, пациентов с хроническими не инфекционными заболеваниями, туберкулезом и стоматологические услуги		
3.21.	Пациентам предоставляется санитарно-просветительский наглядный материал.	В
3.22.	Проводится антенатальное обучение беременных женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.	Б
3.23.	Осуществляется правильное планирование профилактических прививок.	А
3.24.	Осуществляется правильное составление отчетов о проведении иммунизации.	А
3.25.	Соблюдаются правила организации работы по медицинским отводам от профилактических прививок.	А
3.26.	Осуществляется эпидемиологический надзор за поствакцинальными осложнениями.	А
3.27.	Соблюдаются правила медицинского наблюдения за женщинами при физиологической и патологической беременности.	А
3.28.	Дети сразу после выписки из родильного стационара получают доступ к необходимым медико-социальным ресурсам по обеспечению их здоровья и поддержке грудного вскармливания.	А
3.29.	Выполняются правила медицинского наблюдения за больными детьми	А
3.30.	Выполняются правила медицинского наблюдения за взрослыми пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями.	Б
3.31.	Риск передачи туберкулезной инфекции оценен и управляется.	А
3.32.	Выполняются установленные правила/алгоритм выявления и диагностики туберкулеза.	А
3.33.	В целях раннего выявления туберкулеза среди населения осуществляется скрининговые обследования.	Б
3.34.	Болевой синдром у пациентов своевременно идентифицируется, оценивается и управляется.	А
3.35.	Соблюдается принцип обоснованности направления на госпитализацию.	В
3.36.	Обеспечивается обоснованность и своевременность направления пациентов на медико-социальную экспертизу.	В
3.37.	Проводится профилактика стоматологических заболеваний.	А
3.38.	Объем и качество терапевтического/консервативного лечения стоматологических заболеваний осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.	А
3.39.	Объем и качество хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.	А
3.40.	Объем и качество ортопедической стоматологической помощи осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.	А
3.41.	Обеспечивается полное рентгенологическое исследование депульпированных зубов у пациентов.	Б
3.42.	При терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических заболеваний, а также при оказании ортопедической стоматологической помощи применяются современные и безопасные методы обезболивания/анестезии.	А
диагностические исследования и консультации		
3.43.	Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований.	Б
3.44.	Диагностические исследования и консультации проводятся квалифицированными лицами.	Б
3.45.	Диагностические исследования и консультации проводятся по показаниям.	Б
3.46.	Образцы биологического материала для лабораторных исследований получают в соответствии с установленными требованиями.	А
3.47.	Все лабораторные процессы и процедуры проводятся единообразно.	А
3.48.	Проводится внутрилабораторный контроль качества лабораторных исследований.	А
3.49.	Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества или межлабораторных сличительных испытаниях.	А
Медицинские услуги эффективны		
3.50.	Антенатальное обучение беременных женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком	Б

	эффективно.	
3.51.	Работа по вакцинопрофилактике детей эффективна.	Б
3.52.	Реализуется политика раннего охвата беременных медицинским наблюдением.	Б
3.53.	В Организации здравоохранения, предоставляющей антенатальные услуги и услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, отслеживаются контрольные индикаторы системы мониторинга связанного с грудным вскармливанием.	Б стандарта
3.52.	Работа по вакцинопрофилактике детей до одного года эффективна.	Б
3.53.	Реализуется политика раннего охвата беременных медицинским наблюдением.	Б
3.54.	Случаи материнской и младенческой смертности по причине некачественного наблюдения и лечения в учреждении имеют тенденцию к снижению.	Б
3.55.	Запущенные случаи туберкулеза по причине несвоевременной диагностики в учреждении имеют тенденцию к снижению.	В
3.56.	Запущенные случаи злокачественных новообразований по причине несвоевременной диагностики в учреждении имеют тенденцию к снижению.	В

Блок «Качество медицинских услуг» 56 стандартов:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 18 (32,1%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 14 (25%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 24 (42,9%).

Блок 4. «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами»

4.1.	Имеются удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов и зона для парковки автотранспорта.	В
4.2.	Размещение ОЗ соответствует гигиеническим требованиям.	В
4.3.	Администрация осуществляет регулярный контроль и оценку окружающей среды.	В
4.4.	Вся медицинская техника зарегистрирована и учтена.	В
4.5.	На все изделия медицинского назначения имеются эксплуатационные документы.	В
4.6.	Проводится регулярная оценка рационального использования изделий медицинской техники.	В
4.7.	Обеспечивается проведение поверки и калибровки средств измерения.	Б
4.8.	Здания и помещения обеспечены надежными мерами охраны.	В
4.9.	Существуют правила выдачи и возврата ключей от помещений.	В
4.10.	Здания, и помещения соответствуют гигиеническим требованиям.	Б
4.11.	Внешняя отделка зданий и внутренняя отделка помещений соответствует гигиеническим требованиям нормативных правовых документов	Б
4.12.	Инженерно-техническая инфраструктура здания/помещений ОЗ соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов.	А
4.13.	Риск возникновения пожара оценен и управляется.	А
4.14.	В ОЗ имеется система управления запасами медицинской техники, диагностическими и расходными материалами.	Б
4.15.	Обеспечивается наличие необходимого запаса лекарственных препаратов и вакцин.	А
4.16.	Обеспечивается наличие необходимого запаса изделий медицинского однократного применения и других медицинских расходных материалов.	Б
4.17.	Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и медицинского назначения.	В
4.18.	Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств.	А
4.19.	Имеются договора с подрядчиками на предоставление необходимых технических и других услуг.	В
4.20.	Имеются туалеты для пациентов и персонала.	Б
4.21.	Проводятся дератизационные и дезинсекционные мероприятия.	В

4.22.	Для хранения дезинфицирующих и моющих средств и проведения работ по дезинфекции имеется помещение и техническое оснащение.	Б
4.23.	В ОЗ имеются необходимые лечебно-диагностические, реабилитационные и вспомогательные подразделения/кабинеты.	Б
4.24.	В лечебно-диагностических, реабилитационных и вспомогательных подразделениях/ кабинетах ОЗ имеется необходимый набор изделий медицинского назначения.	Б

Блок «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами» 24 стандарта:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 4 (16,7%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 9 (37,5%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 11 (45,8%).

Всего стандартов 150:

- стандартов 1-го ранга - стандартов «А»- 49 (32,7%);
- стандартов 2-го ранга - стандартов «Б»- 45 (30%);
- стандартов 3-го ранга - стандартов «В»- 56 (37,3%).

Система градации стандартов

Система градации стандартов построена, также как и система ранжирования, на методе использования чисел порядковой шкалы для выражения степени выполнения стандартов в аккредитуемых учреждениях здравоохранения (четырёхзначная оценочная шкала). Система градации дифференцирована, в зависимости от ранга стандартов для придания стандартам 1-го и 2-го ранга большего удельного веса (влияния на результат оценки) в совокупности применяемых стандартов для оценки ОЗ:

Градация Стандартов «А»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;
- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта.
- 5 баллов (полное соответствие стандарту). Стандарты «А» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Градация Стандартов «Б»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;
- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта;
- 4 балла (полное соответствие стандарту). Стандарты «Б» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Градация Стандартов «В»:

- 0 баллов (абсолютное несоответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда все или большая часть требований (более 90%) стандарта не выполняются;

- 1 балл (минимальное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда выполняется меньшая часть (от 10 до 39%) требований стандарта;
- 2 балла (частичное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда выполняется большая часть (от 40% до 90%) требований стандарта;
- 3 балла (полное соответствие стандарту). Стандарты «В» оцениваются этим баллом, когда требования стандарта выполняются свыше 90%.

Таким образом, влияние на итоговый результат аккредитации стандартов 1-го и 2-го ранга значительнее, чем стандартов 3-го ранга, вследствие:

- более высоких максимальных чисел порядковых оценочных шкал стандартов 1-го и 2-го рангов;
- специфики построения шкалы градации стандартов 1-го и 2-го рангов, которая при неполном выполнении (невыполнении) требований стандартов 1-го и 2-го рангов существенно снижает оценку вышеуказанных стандартов и негативно сказывается на общем результате аккредитации.

Примененная система ранжирования и градации стандартов фокусирует организацию здравоохранения на стремлении к полному выполнению требований, в первую очередь, стандартов 1-го и 2-го рангов для лучшего результата аккредитации.

Стандарты аккредитации для государственных организаций здравоохранения, осуществляющих медицинскую деятельность в амбулаторных условиях.

Блок I. «Управление/менеджмент».

Правоустанавливающие и организационные документы, организационная структура, требования к управленческому аппарату

Стандарт 1.1.(Б) Учредительные/правоустанавливающие документы ОЗ соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. Учредитель (высшее руководство) соответствует требованиям законодательства КР.
2. В Уставе/Положении ОЗ указаны тип, вид, организационно-правовая форма и уровень оказываемой медико-санитарной помощи в соответствии нормативно правовыми и нормативными документами системы здравоохранения КР.
3. В Уставе/Положении ОЗ четко отражены, скоординированы между собой, адекватны типу, виду и организационной правовой форме и соответствуют политике здравоохранения в Кыргызской Республике:
 - принципы/ценности (организационная культура, правила, нормы и традиции, регламентирующие поведение сотрудников ОЗ при выполнении ими должностных обязанностей, деловое взаимодействие и межличностное общение);
 - миссия/генеральная цель (видение и смысл существования ОЗ);
 - задачи (долгосрочные стратегии);
 - функции (виды деятельности/оперативные мероприятия ОЗ, направленные на реализацию задач/долгосрочных стратегий ОЗ).

Оценка выполнения стандарта.

Изучается и подвергается оценке Устав/Положение ОЗ с позиций его соответствия требованиям стандарта.

Стандарт 1.2.(Б) Имеются необходимые организационные документы (локальные нормативные акты) ОЗ, соответствующие установленным требованиям.

Требование стандарта

1. Имеется утвержденное штатное расписание, которое обеспечивает формирование штатной профессиональной структуры ОЗ (**медицинский и технический персонал**) для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества, соответствующих нормативным правовым требованиям, принятым в Кыргызской Республике.
2. Имеются формализованные Положения о структурных подразделениях ОЗ, которые содержат основы/ключевые моменты организации их деятельности. Положения о структурных подразделениях включают следующие разделы:
 - «общие положения»;
 - «принципы/ценности»;
 - «миссия/цель»;
 - стратегические задачи и функции»;
 - «управление, структура и штаты»;
 - «порядок организации работы».
3. Имеется разработанный документ: «Правила внутреннего трудового распорядка ОЗ» в соответствии со статьей 144 Трудового кодекса КР.

4. Имеется разработанный документ, включающий совокупность этических норм, правил поведения, моральных принципов/ценностей и ответственность медицинских работников ОЗ при осуществлении ими профессиональной деятельности. (например, «кодекс профессиональной этики и принципов медицинского работника»).
5. Персонал информирован об установленных в ОЗ нормах и принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (данная информация/тематика включена в план обучения персонала) и руководствуется ими при осуществлении профессиональной деятельности.
6. Информация об установленных в организации этических нормах, принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности доступна для пациентов (имеется на информационных стендах для пациентов).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится оценка штатного расписания с позиций его адекватности для оказания услуг необходимого объема и качества.
2. Проверяется наличие Положений о структурных подразделениях, оценивается их соответствие требованиям стандарта.
3. Проверяется наличие документа «Правила внутреннего трудового распорядка ОЗ», оценивается его соответствие статье 144 Трудового кодекса КР.
4. Проверяется наличие документа, определяющего совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
5. Проводится оценка тематического плана обучения медицинского персонала на предмет содержания в нем тематики об установленных в учреждении этических нормах и принципах поведения сотрудников/персонала при медицинском обслуживании пациентов.
6. Проводится осмотр информационных стендов на предмет наличия информации для пациентов об установленных этических нормах, принципах поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.

Стандарт 1.3. (А) Организационная структура и структура управленческого аппарата способствует реализации миссии/цели, стратегических задач и функций ОЗ.

Требования стандарта.

1. Состав структурных подразделений отвечает потребностям ОЗ для эффективной реализации миссии/цели, задач и функций.
2. Имеющиеся должности управленческого персонала функционально необходимы и целесообразны. В ОЗ имеются лица, ответственные:
 - за управление системой безопасности и повышения качества медицинской помощи;
 - за финансовый менеджмент;
 - за управление информационными системами;
 - за управление человеческими ресурсами;
 - за управление логистикой (обеспечение безопасности окружающей среды, контроль и обслуживание медицинской техники, другого оборудования, помещений и коммуникаций, закупки, поставки, транспорт, сервисные услуги).
3. Имеется утвержденная схема организационной структуры и корпоративных связей ОЗ. Схема четко/адекватно демонстрирует область полномочий/ответственность, соподчиненность и подотчетность персонала ОЗ.
4. Система корпоративных связей способствует эффективной реализации целей и выполнения задач.

Оценка выполнения стандарта.

Анализу и оценке с позиций соответствия требованиям стандарта подвергаются:

1. Штатное расписание ОЗ.
2. Разделы Устава/Положения, в которых отражены положения о структуре и порядке управления деятельностью ОЗ.
3. Схема организационной структуры и корпоративных связей ОЗ.

Стандарт 1.4. (А) Квалификация и компетентность руководителя и его заместителей способствуют эффективному управлению ОЗ.

Требования стандарта.

1. Руководитель ОЗ назначен в соответствии с нормативными правовыми актами КР и отвечает следующим квалификационным требованиям:
 - высшее (медицинское, экономическое, государственное управление) образование;
 - дополнительное профессиональное образование и квалификационный сертификат по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации";
 - опыт работы в системе здравоохранения не менее 7 лет;
 - опыт работы на руководящих должностях (заведующий структурным подразделением, заместитель директора, главного врача и т.д.) не менее 3-х лет.
2. Заместители руководителя ОЗ и главный специалист по сестринскому делу:
 - имеют высшее медицинское (или среднее – специальное медицинское - для главного специалиста по сестринскому делу) образование соответствующее занимаемой должности;
 - соответствуют критериями отбора, установленными в нормативных документах и должностных инструкциях;
 - имеют квалификационные сертификаты в соответствии с курируемой областью в ОЗ;
 - имеют дополнительное профессиональное образование и квалификационный сертификат по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации".

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки на предмет соответствия требованию стандарта подвергаются изучению следующие документы:

- приказы о назначении на должность;
- документы об образовании.
- квалификационные сертификаты;
- сертификаты о дополнительном профессиональном образовании по специальности "Управление здравоохранением"/"Менеджмент организации" руководителя и заместителей руководителя ОЗ.
- должностные инструкции управленческого персонала.

Планирование и отчетность

Стандарт 1.5. (В) Деятельность ОЗ осуществляется на плановой основе.

Требования стандарта.

1. Наличие утвержденного годового комплексного плана работы ОЗ и планов структурных подразделений.
2. Наличие преамбулы (вводная часть) в годовых планах работы, в которых отражены основные/ключевые направления деятельности на текущий год, исходящие из миссии/цели и стратегических задач ОЗ, Национальных, Государственных и иных

- программ, в области здравоохранения, а также результатов анализа деятельности за предшествующий период.
3. Структура годового плана работы ОЗ и ее структурных подразделений включает следующие графы:
 - «конкретизированные оперативные мероприятия для реализации цели, стратегических задач и функций»;
 - «ожидаемые результаты от реализации запланированных мероприятий»;
 - «сотрудники, ответственные за выполнение запланированных мероприятий»;
 - «сроки выполнения запланированных мероприятий»;
 - «критерии/индикаторы выполнения запланированных мероприятий»;
 - «отметка о выполнении запланированных мероприятий».
 4. Запланированные мероприятия систематизированы по следующим основным разделам:
 - «организационные (организационно-методические) мероприятия и информационное обеспечение»;
 - «мероприятия по обеспечению безопасности/управлению рисками»;
 - «мероприятия по повышению качества»;
 - «работа с кадрами (обучение, оценка профессиональной подготовки/квалификации организация безопасных условий труда и управление стрессовыми ситуациями и др.)»;
 - «финансово-хозяйственная деятельность (формирование бюджета на текущий год, анализ исполнения бюджета, улучшение материально-технической базы и безопасность окружающей среды и др.)»;
 - «другие разделы».
 5. Годовые планы работ обсуждены на общем собрании персонала ОЗ (собраниях персонала структурных подразделений) и имеют атрибуты формализации (согласован/подписан **всеми ответственными исполнителями**, имеются грифы «Утверждаю», «Согласовано»).

Оценка выполнения стандарта.

Изучению подвергаются годовой комплексный план работы ОЗ и планы структурных подразделений. Оценивается содержание преамбулы, структура и разделы планов, наличие атрибутов формализации с позиций соответствия требованиям стандарта. Кроме того, изучаются протоколы собраний персонала (организации здравоохранения/структурных подразделений), подтверждающие факт обсуждения годовых планов работы.

Стандарт 1.6. (Б) Мероприятия, включенные в планы работ, реалистичны, конкретны, измеримы, четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. Запланированные мероприятия реалистичны, конкретизированы/детализированы, не дублируют рутинную деятельность персонала по выполнению должностных обязанностей.
2. Запланированные мероприятия измеримы, имеются процедуры, критерии/индикаторы для измерения/оценки выполнения запланированных мероприятий.
3. Запланированные мероприятия четко определены во времени, способствуют рациональному использованию ресурсов организации здравоохранения, обеспечению безопасности и повышению качества медицинской помощи

Оценка выполнения стандарта.

Изучению подвергаются годовой комплексный план работы организации и структурных,

оценивается содержание запланированных мероприятий с позиций соответствия требованиям стандарта. Кроме того, оценивается наличие критериев/индикаторов для измерения/оценки выполнения запланированных мероприятий.

Стандарт 1.7.(А) Обеспечивается своевременная реализация запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Руководство ОЗ и заведующие подразделениями несут ответственность за осуществление регулярного контроля и мониторинга за реализацией запланированных мероприятий.
2. В планах имеются отметки о реализации запланированных мероприятий, у ответственных лиц имеются формализованные документы, удостоверяющие факт исполнения запланированных мероприятий (приказ, распоряжение, протоколы совещаний, семинаров, конференций, записи в рабочей документации и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке:

- годовой комплексный план работы ОЗ и структурных подразделений на предмет выяснения наличия отметок о выполнении запланированных мероприятий;
- приказы, распоряжения, протоколы совещаний, семинаров, конференций, рабочая документация, удостоверяющие реализацию запланированных мероприятий.

Стандарт 1.8.(Б) Обеспечивается планирование мероприятий на случай чрезвычайных ситуаций.

Требования стандарта.

1. В соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами в ОЗ сформирована МСГЗ.
2. Имеется план работы МСГЗ ОЗ в условиях чрезвычайных ситуаций (эпидемии, стихийные бедствия, аварии, катастрофы, военная агрессия, терроризм, общественные беспорядки и пр.), согласованный с МЧС. План включает мероприятия по медицинскому обеспечению населения в условиях чрезвычайных ситуаций и подготовку личного состава МСГЗ ОЗ.
3. Имеются документы, отражающие выполнение запланированных мероприятий.
4. Имеется необходимый запас/резерв изделий медицинского назначения и медикаментов на случай чрезвычайных происшествий.

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке:

- приказ о создании медицинской службы Гражданской защиты;
- план мероприятий на случай чрезвычайных происшествий;
- документы, отражающих проведение запланированных мероприятий (учений);
- запас/резерв изделий медицинского назначения и медикаментов на случай чрезвычайных происшествий.

Стандарт 1.9.(А) Обеспечивается анализ/оценка реализации запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Руководство ОЗ и заведующие подразделениями обеспечивают составление отчетов о годовой деятельности ОЗ и ее структурных подразделений/служб с анализом/оценкой:
 - качества/соответствия материально – технической базы;

- укомплектованности и квалификации кадрового состава;
 - статистических и качественных показателей деятельности;
 - выполнения запланированных мероприятий через установленные (в планах работ) критерии/индикаторы;
 - причин не реализованных запланированных мероприятий;
 - достижения ожидаемых результатов;
 - соблюдения запланированных сроков.
2. В результате анализа деятельности выявляются проблемы (в области материально-технической базы, укомплектованности и квалификации кадрового состава, безопасности и качества оказываемой медицинской помощи) и планируются (намечаются) дальнейшие шаги для решения выявленных проблем.
 3. Отчет с анализом деятельности обсужден на общем собрании персонала ОЗ (структурных подразделений).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие отчетов о годовой деятельности ОЗ и ее структурных подразделений. Изучается и оценивается качество анализа в годовых отчетах учреждения и ее структурных подразделений в соответствии с требованием стандарта.
2. Изучается протокол собрания, на котором обсуждался отчет ОЗ и структурных подразделений, оценивается содержания выступлений участников и внесенные предложения, адекватность принятых решений для улучшения деятельности ОЗ.

Финансовое управление

Стандарт 1.10.(Б) Организация системы финансового менеджмента способствует реализации миссии/цели, задач и функций ОЗ.

Требования стандарта.

1. Руководитель финансово-экономической службы/главный бухгалтер имеет образование, опыт и квалификацию соответствующих критериям отбора на штатную должность, установленными в должностной инструкции.
2. Осуществляется прогнозирование финансовых потребностей ОЗ с учетом потенциальных рисков, планирование бюджета и подготовка отчетов с анализом о финансовой деятельности ОЗ.
3. Годовой бюджет составлен в соответствии со стоимостью затрат запланированных мероприятий и предусматривает необходимые ресурсы для обеспечения профессиональной деятельности и реализации запланированных мероприятий ОЗ. Принята во внимание экономическая эффективность расходов по результатам анализа финансовой деятельности ОЗ за предыдущий год.
В расходной части бюджета ОЗ **в соответствии с реальными потребностями** предусмотрены финансовые средства на:
 - приобретение медикаментов;
 - вакцин для иммунизации детей;
 - приобретение средств индивидуальной защиты для персонала и пациентов;
 - приобретение вакцины для иммунизации персонала против вирусного гепатита «В»;
 - приобретение оборудования и материалов для дезинфекции и стерилизации;
 - приобретение мыло моющих изделий, антисептиков и изделий для соблюдения гигиены и обработки рук персонала;
 - мероприятия, связанные с утилизацией медицинских отходов;
 - дополнительное профессиональное образование персонала (усовершенствование, специализация);

- приобретение инвентаря и изделий медицинского назначения (оборудование, аппараты, приборы, медицинские наборы, инструментарий, одноразовые изделия и материалы, предметы ухода за больными);
 - ремонт и профилактическое обслуживание зданий, коммуникаций, инвентаря и изделий медицинского назначения;
 - поверку средств измерения;
 - прохождение процедуры аккредитации (один раз в три года).
4. Проверяется и оценивается рациональное использование финансовых средств посредством анализа финансовой деятельности ОЗ, аудиторских проверок, отчета перед коллективом ОЗ об исполнении бюджета.

Оценка выполнения стандарта.

Изучаются для оценки выполнения требований стандарта:

- должностная инструкция руководителя финансово-экономической службы/главного бухгалтера;
- документы по осуществлению прогнозирования финансовых потребностей с учетом потенциальных рисков на текущий год;
- план работы финансово-экономической службы на текущий год;
- отчет с анализом финансовой деятельности ОЗ за предыдущий год;
- таблица доходов и расходов (бюджет) по источникам финансирования на текущий год;
- калькуляция стоимости затрат запланированных мероприятий на текущий год;
- анализ финансовой деятельности;
- документы о результатах аудиторских проверок;
- протоколы собраний коллектива ОЗ посвященных отчету финансово-экономической службы об исполнении бюджета.

Стандарт 1.11.(В) Осуществляется регулярный учет материальных ценностей.

Требования стандарта.

1. В ОЗ регулярно проводится инвентаризация:
 - при передаче имущества в аренду, выкупе, продаже;
 - перед составлением годовой бухгалтерской отчетности;
 - при смене материально-ответственных лиц на день приемки и передачи дел;
 - при выявлении фактов хищения, злоупотребления или порчи имущества;
 - в случае стихийного бедствия, пожара или других чрезвычайных ситуаций, вызванных экстремальными условиями.
2. Имеются в наличии приказы руководителя о проведении инвентаризации имущества, которым определены: состав комиссии по проведению инвентаризации, перечень проверяемого имущества, дата проведения.
3. Имеется акт, отражающий факт инвентаризации имущества и обязательств, в ходе которого проверены и документально подтверждены их наличие, состояние и оценка.
4. Имеется в наличии приказ по итогам проведенной инвентаризации в случае недостачи имущества, выявленного в процессе проведенной инвентаризации.
5. Имеются договора с сотрудниками ОЗ о материальной ответственности.

Оценка выполнения стандарта.

Подвергаются изучению и оценке с целью оценки соответствия требованиям стандарта:

- приказы руководителя ОЗ о проведении инвентаризации имущества;
- акт (ы) инвентаризации имущества;
- приказ по итогам проведенной инвентаризации (в случае недостачи имущества, выявленного в процессе проведенной инвентаризации);

- договора о материальной ответственности.

Управление человеческими ресурсами

Стандарт 1.12.(В) На все штатные должности разработаны должностные инструкции.

Требования стандарта.

1. В ОЗ разработаны должностные инструкции на каждую управленческую, медицинскую и техническую штатную должность, которые содержат:
 - **«общие положения»:** критерии отбора специалиста на штатную должность (дипломное и после дипломное образование, опыт работы/практики в соответствии с занимаемой должностью, квалификация/наличие сертификата о присвоении квалификационной категории др.), непосредственная соподчиненность и подотчетность и др.;
 - **«должностные обязанности специалиста»;**
 - **«права специалиста»;**
 - **«ответственность специалиста».**
2. Должностные инструкции имеют атрибуты формализации (согласованы с профсоюзным комитетом и утверждены руководителем учреждения) и находятся в отделе кадров учреждения. У каждого сотрудника имеется копия должностной инструкции в соответствии с занимаемой штатной должностью.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие должностных инструкций на каждую штатную должность в отделе кадров, оценивается их соответствие требованиям стандарта. Выборочно проверяется наличие должностных инструкций у сотрудников.

Стандарт 1.13.(А) ОЗ укомплектована необходимым количеством компетентного и квалифицированного персонала соответствующим должностным требованиям для оказания медицинских услуг необходимого объема и качества в соответствии со специализацией ОЗ.

Требования стандарта.

1. Не менее 50% медицинского персонала, имеют сертификаты (удостоверения) о присвоении квалификационной категории, подтверждающие наличие необходимой компетенции/квалификации (опыт, знания, практические навыки) для осуществления медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ.
2. Процент укомплектованности (соотношение физических лиц к имеющимся штатным единицам) медицинским и техническим персоналом учреждения составляет не менее 75 %. Коэффициент совместительства (соотношение числа занятых должностей к числу физических лиц) для персонала организации не превышает 1,25.
3. Руководитель структурного подразделения ОЗ имеет:
 - сертификат специалиста в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ;
 - сертификат о присвоении квалификационной категории в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ;
 - опыт работы в соответствующей области медицинской практики в соответствии со специализацией ОЗ не менее 5 лет.
4. Имеются механизмы оценки профессиональной подготовки медицинского персонала в соответствии с предъявляемыми требованиями для занятия определенных штатных должностей (оценка по установленным критериям отбора в должностных инструкциях на каждую штатную должность при приеме на работу/переводе на другую должность, регулярная периодическая оценка профессиональной подготовки медицинского персонала - аттестация). Имеются подтверждающие документы (протоколы аттестаций).

5. По результатам проведенной оценки профессиональной подготовки медицинского персонала принимаются меры (освобождение от занимаемой должности, направление на обучение, перевод на другую должность) в отношении лиц не соответствующим установленным требованиям.

Оценка выполнения стандарта.

1. Вычисляется процент укомплектованности персоналом, а также, коэффициент совместительства для персонала ОЗ.
2. Подсчитывается процент сотрудников, имеющих квалификационные сертификаты (удостоверения).
3. Изучению и оценке на предмет соответствия требованию стандарта подвергаются документы руководителей структурных подразделений о дипломном и после дипломном образовании, сертификаты об аттестации на квалификационную категорию, трудовые книжки.
4. Проверяется наличие механизмов оценки профессиональной подготовки медицинского персонала в соответствии с предъявляемыми требованиями для занятия определенных штатных должностей. Проверяются личные дела, должностные инструкции и контрольный список персонала организации. Оценивается соответствие квалификации работающего персонала критериям отбора, установленным в должностных инструкциях. Проверяется наличие регулярной периодической оценки профессиональной подготовки медицинского персонала (аттестации).
5. Подвергается оценке адекватность принятых решений по результатам проведенной оценки соответствия медицинского персонала.

Стандарт 1.14.(Б) Осуществляется политика постоянного повышения квалификации медицинского персонала.

Требования стандарта.

1. Прохождение медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования/специализации (в том числе персонала работающего с медицинской техникой и медицинским оборудованием) в соответствии с установленными требованиями к набору обучающих кредит-часов. Прохождение медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования подтверждено документально – наличие сертификатов.
2. Персонал, работающий с медицинской техникой (лечебно-диагностическими медицинскими аппаратами, приборами) и оборудованием обучен правилам их эксплуатации. Имеются документы (удостоверения, сертификаты и пр.) подтверждающие прохождение обучения персонала.
3. В отделе кадров проводится систематический мониторинг и анализ прохождения медицинским персоналом последипломных циклов усовершенствования, с целью определения ежегодного списка лиц, нуждающихся в повышении квалификации и составления плана дополнительного профессионального образования персонала учреждения.
4. Наличие непрерывных внутриорганизационных обучающих программ для медицинского персонала по актуальным вопросам качества и безопасности, по утвержденным клиническим руководствам (протоколам), стандартам, процедурам и приказам основанных на принципах доказательной медицины. Тематика занятий как минимум включает:
 - клиническую безопасность (включая инфекционный контроль, управление медицинскими отходами, безопасность процедур, включая управление рисками при работе с медицинской техникой, безопасный фармацевтический менеджмент, охрана здоровья и гигиена труда медицинского персонала и др.);
 - ключевые элементы оказания медицинской помощи и медицинского ухода в соответствии с клиническими руководствами/протоколами;
 - ключевые моменты безопасности окружающей среды;

- неотложные состояния, первая, экстренная и неотложная помощь;
- этические вопросы взаимоотношения между медицинскими сотрудниками и пациентами, включая права пациентов/потребителей медицинских услуг.

Обучение осуществляется в форме проведения конференций, тренингов и семинарских занятий. Разработаны тесты для оценки знаний до обучения и оценки эффективности обучения (- пре и – пост тестирование).

Оценка выполнения стандарта.

1. В отделе кадров ОЗ подвергаются оценке:
 - контрольный список персонала;
 - годовой план дополнительного (последипломного) профессионального образования персонала;
 - личные дела сотрудников на предмет наличия своевременного усовершенствования по медицинским специальностям
 - наличие документов, подтверждающих прохождение обучения персонала работающего с медицинской техникой (лечебно-диагностическими медицинскими аппаратами, приборами и оборудованием) и оборудованием.
2. Изучаются обучающие программы для врачей и среднего медицинского персонала, которые оцениваются с позиций соответствия тематики занятий требованиям стандарта. Кроме того, изучаются протоколы проведения обучения и результаты тестирования.
3. Проводится анкетирование медицинского персонала на предмет проведения обучающих мероприятий по утвержденным клиническим руководствам (протоколам), стандартам, процедурам и приказам основанных на принципах доказательной медицины.

Стандарт 1.15. (Б) Сотрудники ОЗ, предоставляющие антенатальные услуги, услуги по родовспоможению и/или новорожденным, обладают достаточной профессиональной компетентностью в области поддержки грудного вскармливания.

Требования стандарта.

1. Имеется/назначено компетентное лицо для обучению специалистов ОЗ по ГВ, которое прошло соответствующую подготовку (обучение на курсах повышения квалификации по ГВ или на семинарах по ГВ, организованных ЮНИСЕФ/ВОЗ, Министерством здравоохранения), имеющее навыки преподавания.
2. Медицинский персонал организации, представляющий услуги по антенатальному уходу, родовспоможению и/или новорожденным (не менее 80%), прошел обучение по 20-часовой программе ГВ (имеются подтверждающие документы).
3. Медицинский персонал организации, представляющий услуги по антенатальному уходу, родовспоможению и/или новорожденным (не менее 80%), прошел оценку компетентности по ГВ (проведена аттестация сотрудников, имеются протоколы аттестации).
4. Для проведения обучения персонала ОЗ по ГВ имеются необходимые учебно-методические материалы (руководство, пособие, настенные постеры, видеотехника с фильмами, презентации и др.).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие компетентного лица для обучения специалистов ОЗ по ГВ в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется факт прохождения медицинским персоналом, представляющего услуги по антенатальному уходу, родовспоможению и/или новорожденным, обучения по 20-часовой программе ГВ в соответствии с требованием стандарта.
3. Проверяется факт прохождения медицинским персоналом, представляющего услуги по антенатальному уходу, родовспоможению и/или новорожденным, оценки компетентности по ГВ в соответствии с требованием стандарта.

4. Проверяется наличие необходимых учебно-методических материалов (руководство, пособие настенные постеры, видеотехника с фильмами, презентации и др.) для проведения обучения персонала ОЗ по ГВ.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 1.16.(В) Трудовой и коллективный договора между работодателем и работниками соответствуют нормативным правовым актам о труде.

Требования стандарта.

1. Трудовые отношения всех работников с ОЗ регулируются трудовыми договорами. Трудовые договора соответствуют статье 54 Трудового кодекса КР и в обязательном порядке содержат положения статей 19 и 20 Трудового кодекса КР (права и обязанности работника и работодателя).
2. Коллективный договор заключен на принципах, определенных в Трудовом кодексе КР. Коллективный договор содержит основные положения статьи 42 Трудового кодекса КР, в том числе положения о создании здоровых и безопасных условий труда, улучшении охраны здоровья, гарантиях медицинского страхования работников, охране окружающей среды.
3. Реализация положений Коллективного договора обсуждается на собраниях коллектива (имеются протоколы с решениями собраний).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие трудовых договоров, заключенных медицинской организацией с работниками, оценивается их соответствие статьям 19, 20 и 54 Трудового кодекса КР.
2. Проверяется наличие Коллективного договора, оценивается его соответствие статье 42 Трудового кодекса КР.
3. Проверяется наличие протоколов собраний коллектива по обсуждению реализации положений Коллективного договора.

Стандарт 1.17.(В) Личные дела персонала ОЗ ведутся и хранятся согласно установленному порядку

Требования стандарта.

1. Отдел кадров (далее ОК) расположен в отдельном помещении, оборудованном металлическим сейфом и запирающимися шкафами. Входная дверь в помещение ОК металлическая, а окна защищены металлическими решетками.
2. Личные дела персонала хранятся в помещении ОК в сейфах или запирающихся шкафах и недоступны для посторонних лиц.
3. Личное дело каждого сотрудника включает: внутреннюю опись документов, заявление о приеме на работу, личный листок по учету кадров, автобиографию, копии документов об образовании (диплома, документов о прохождении ординатуры или интернатуры, специализации, курсов повышения квалификации), выписки из приказов о назначении, перемещении, увольнении и трудовую книжку.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится оценка помещения ОК в соответствии с требованиями стандарта. Проверяется правильность хранения личных дел персонала в отделе кадров (в сейфе или запирающемся шкафу). Выборочно проверяются личные дела врачебного, среднего медицинского и прочего персонала на предмет наличия необходимых документов.

Управление информацией

Стандарт 1.18.(В) Персонал имеет доступ к необходимой информации.

Требование стандарта.

1. В ОЗ/структурных подразделениях имеется пакет действующих нормативных правовых актов (доступный для персонала) регулирующих профессиональную деятельность в электронном виде или в виде бумажных носителей информации, в том числе:
 - Законы КР (общее законодательство и по вопросам охраны здоровья);
 - Государственные и Национальные программы КР по вопросам охраны здоровья;
 - Приказы и Инструкции МЗКР, регулирующие деятельность ОЗ в области безопасности и качества медицинских услуг;
 - Принятые в КР клинические руководства и протоколы, основанные на принципах доказательной медицины.
2. Имеется механизм регулярной актуализации (изъятие из работы нормативных правовых и нормативных актов, утративших силу, дополнение пакета вновь принятыми и утвержденными нормативными правовыми актами) пакета нормативных правовых актов.
3. Персонал ОЗ имеет доступ к интернет-ресурсам для осуществления профессиональной деятельности, ознакомления с достижениями и инновационными технологиями в области профессиональной деятельности.
4. ОЗ осуществляет информационное обеспечение текущей деятельности персонала. Имеются ясные и эффективные механизмы связи для передачи информации по ОЗ (структурному подразделению), включающие:
 - доски объявлений (информационные стенды) для объявлений;
 - планерки;
 - производственные собрания.

Информация на досках объявлений (информационных стендах) для персонала регулярно актуализируется. Планерки проводятся регулярно не менее одного раза в неделю. Повестки производственных собраний направлены на решение актуальных задач ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие действующего перечня и пакета нормативных правовых актов в соответствии с требованиями стандарта и его доступность для персонала.
2. Проверяется наличие механизма регулярной актуализации пакета нормативных правовых актов (опрос ответственных лиц).
3. Проверяется наличие доступа в интернет для сотрудников ОЗ.
4. Проверяется наличие механизмов связи для передачи информации по ОЗ путем осмотра досок объявлений (информационных стендов) для персонала, оценивается актуальность информации на стендах. Просматриваются журналы протоколов планерок и производственных собраний, оценивается регулярность проведения планерок и актуальность повесток производственных собраний. Проводится опрос персонала на предмет механизмов связи, оценивается их эффективность.

Стандарт 1.19.(Б) Организация здравоохранения использует автоматизированную информационную систему для повышения эффективности деятельности и рационального расходования ресурсов.

Требования стандарта.

1. ОЗ использует автоматизированную информационную систему, обеспечивающую:
 - учет, хранение и передачу необходимой информации по назначению;
 - взаимосвязь процессов/компонентов профессиональной деятельности.
 - необходимую обработку учетных данных для проведения анализа (в том числе

финансово-экономического) анализа деятельности и принятия необходимых корректирующих действий для повышения качества и эффективности/производительности профессиональной деятельности, а также, для рационального использования ресурсов.

2. Имеются необходимые ресурсы поддерживающие автоматизированную информационную систему ОЗ (компьютеры, сервер, прикладные программы, лицензионное программное обеспечение, техническое обслуживание).
3. Проведено тестирование автоматизированной информационной системы программного обеспечения и необходимое обучение персонала.
4. Предусмотрены финансовые средства для технического обслуживания и необходимых периодических обновлений автоматизированной информационной системы.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ проверяется:

- наличие автоматизированной информационной системы и необходимых ресурсов поддерживающих автоматизированную информационную систему ОЗ ;
- использование автоматизированной информационной системы, отвечающее требованиям стандарта;
- факт обучения персонала пользованию автоматизированной информационной системой;
- наличие финансовых средств на техническое обслуживание и периодическое обновление автоматизированной информационной системы.

Стандарт 1.20.(В) ОЗ обеспечивает защиту конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе.

Требования стандарта.

1. Доступ к информации предоставляется только авторизованным лицам (ограниченному кругу лиц), когда это необходимо для исполнения своих служебных обязанностей.
2. Информация защищена от намеренного несанкционированного (неавторизованного) доступа с целью раскрытия, использования, изменения (по сравнению с исходным состоянием) или уничтожения.
3. Имеется система создания и хранения резервных копий электронных документов (файлов) с возможностью их восстановления в случае случайного (ошибки, технические сбои) или намеренного уничтожения и изменения.

Оценка выполнения стандарта.

Путем опроса должностных лиц в ОЗ оценивается система защиты конфиденциальности, целостности и доступности информации в компьютерной автоматизированной информационной системе в соответствии с требованием стандарта

Стандарт 1.21.(В) Организация здравоохранения использует стандартный процесс управления документацией.

Требования стандарта.

1. В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике» в ОЗ составлена сводная номенклатура дел, которая включает разделы/фрагменты всех структурных подразделений, служб, должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий.
2. В каждом структурном подразделении (у должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий) имеется раздел сводной номенклатуры дел в

- соответствии со спецификой профессиональной деятельности.
3. Сводная номенклатура дел согласована с экспертно-проверочной комиссией территориального государственного архива, куда документы поступают на государственное хранение и утверждена руководителем ОЗ.
 4. Наименования разделов в сводной номенклатуре дел соответствуют штатному расписанию и каждому разделу присвоен условный цифровой идентификатор (индекс).
 5. Разделы сводной номенклатуры дел включают все необходимые заголовки дел/документации заводимых в ОЗ /структурных подразделениях.
 6. Документы хранятся в папках/делах, которые проиндексированы в соответствии с номенклатурой дел.
 7. Имеются все дела, указанные в соответствующих разделах сводной номенклатуры дел.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие сводной номенклатуры дел у делопроизводителя и ее разделов в структурных подразделениях (у должностных лиц управленческого и технического аппарата, комитетов/комиссий).
2. Проверяется наличие элементов формализации сводной номенклатуры дел в соответствии с требованиями стандарта (утверждение, согласование).
3. Оценивается структура/состав разделов сводной номенклатуры, ее соответствие требованиям «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике», штатному расписанию ОЗ и правильность цифровой идентификации (индексации) разделов.
4. Проверяется наличие/полнота необходимых заголовков дел в сводной номенклатуре дел ОЗ.
5. Проверяется наличие дел, указанных в соответствующих разделах сводной номенклатуры дел и правильность их индексации на основе номенклатуры дел.

Стандарт 1.22.(В) Локальные нормативные акты, регулирующие повседневную деятельность организации здравоохранения, оформлены в соответствии с установленными требованиями.

Требования стандарта.

Локальные нормативные акты (внутренние приказы, распоряжения, указания, правила внутреннего распорядка, положения) регламентирующие повседневную деятельность ОЗ/структурных подразделений/комиссий:

- оформлены в соответствии с «Типовой инструкцией по делопроизводству в КР» или другими типовыми документами;
- имеют атрибуты формализации (утверждены и подписаны руководителем ОЗ);
- имеют дату ввода в действие;
- обновляются/актуализируются по мере необходимости.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются локальные нормативные акты ОЗ, оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 1.23.(В) Имеется система регистрации входящей и исходящей корреспонденции и присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике»:

1. Вся входящая и исходящая документация, требующая учета, исполнения и пользования,

- зарегистрирована (фиксация факта создания или поступления документа путем записи необходимых сведений о документе в регистрационных формах - журналах регистрации входящей и исходящей корреспонденции и проставления на документе регистрационного номера).
2. Осуществляется правильное присвоение входящим и исходящим документам условного обозначения/регистрационного номера (порядковый номер по журналам регистрации входящей и исходящей корреспонденции, дополненный индексом структурного подразделения и индексом дела по номенклатуре дел).
 3. Осуществляется правильное ведение регистрационных форм - журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции. Журналы регистрации входящей и исходящей корреспонденции пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется:

1. Наличие регистрационных форм - журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции. Кроме того,
2. Состав обязательных реквизитов в графах журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции, соответствие требованиям «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике», правильность их оформления и заполнения.
3. Правильность присвоения входящим и исходящим документам условного обозначения/регистрационного номера и оформления журналов регистрации входящей и исходящей корреспонденции.

Стандарт 1.24.(В) Медицинская и другая документация ОЗ, законченная делопроизводством архивируется в соответствии с установленными требованиями.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями «Типовой инструкции по делопроизводству в Кыргызской Республике» к организации оперативного хранения документов:

1. Законченные делопроизводством документы ОЗ /структурных подразделений и медицинские карты выбывших (умерших) пациентов хранятся в специально предназначенном для этого месте (архив ОЗ). Документы систематизированы и подготовлены для хранения в архиве в соответствии с «Типовой инструкцией по делопроизводству в Кыргызской Республике» (**проведена экспертиза ценности документов, составлены и оформлены описи дел**).
2. Помещение архива достаточной площади, в хорошем техническом состоянии, оборудовано металлическими стеллажами (шкафами), системой естественной вентиляции, средствами пожаротушения и стремянками. Микроклимат в помещении архива соответствует установленным нормативам. В помещениях архива не проходят магистральные трубопроводы и имеются средства защиты от краж (металлические двери, решетки на окнах).
3. Назначено ответственное лицо, ответственное за организацию работы архива. Имеется Положение об архиве, регламентирующее организацию работы архива и требования к помещению архива, ведется соответствующая документация.
4. Создана система научно-справочного аппарата (описи, каталоги, базы данных) к документам архива. Создана экспертная комиссия для организации и проведения методической и практической работы по экспертизе ценности документов, отбору и подготовке к передаче на государственное хранение документов Национального архивного фонда Кыргызской Республики, образующихся в процессе деятельности ОЗ и др.. Имеется Положение об экспертной комиссии.
5. Проводится работа по экспертизе ценности документов, хранящихся в архиве (при отборе их на государственное хранение).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие штатной единицы и физического лица, ответственного за организацию работы архива.
2. Проводится осмотр помещения архива и изучение документации архива и экспертной комиссии. Оценивается состояние помещения/коммуникаций и техническое оборудование архива, а также наличие и качество ведения необходимой документации, системы научно-справочного аппарата к документам архива и проведение необходимых процедур/работ (экспертизы ценности документов) в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 1.25.(В) Обеспечивается ведение утвержденной статистической отчетности.

Требования стандарта.

1. Официально назначенное лицо несет ответственность и обеспечивает контроль ведения статистической отчетности по формам, утвержденным постановлением Национального статистического комитета.
2. Имеется компьютерная техника. В ОЗ имеется штатная(ые) единица(ы) для ведения статистической отчетности, которая укомплектована специалистом, владеющим необходимыми навыками работы на компьютере и обученным ведению статистической отчетности.
3. ОЗ обеспечивает достоверность статистической отчетности, и передачу их в базу данных ЦЭЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие статистической отчетности по формам, утвержденным постановлением Национального статистического комитета, компьютерной техники, программного обеспечения для ведения статистической отчетности, штатных единиц и обученных специалистов для ведения статистической отчетности.

Управление рисками и качеством медицинских услуг

Стандарт 1.26.(В) В ОЗ имеется структура, ответственная за управление рисками и качеством медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Для осуществления функции управления рисками и качеством медицинских услуг, в соответствии с действующими нормативными актами (приказами) МЗ КР, в ОЗ создана организационная структура - **Орган УКМУ** (имеется приказ о создании Органа УКМУ).
2. Орган УКМУ возглавляется заместителем руководителя ОЗ по лечебной работе или другим официально назначенным компетентным лицом. Состав Органа УКМУ состоит из компетентных специалистов в области качества и безопасности медицинских услуг (врач-эксперт, заведующие структурными подразделениями, опытные врачи, главный специалист сестринского дела, специалист(ы) инфекционного контроля, инженерно-технические специалисты, если таковые имеются в штатной структуре ОЗ).
3. Разработано Положение «Об Органе УКМУ» в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР.
4. Члены Органа УКМУ прошли соответствующие подготовку (если это возможно), подтвержденную сертификатами.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие приказа руководителя ОЗ о создании Органа УКМУ, в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР.
2. Оценивается профессиональный состав Органа УКМУ в соответствии с требованиями

стандарта.

3. Проверяется наличие Положения «Об Органе УКМУ», оценивается его структура и содержание в соответствии с действующим нормативным актом (приказом) МЗ КР.
4. Проверяется наличие сертификатов у членов Органа УКМУ о прохождении соответствующей подготовки.

Стандарт 1.27.(Б) Организована и эффективно работает система эпидемиологического надзора за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (у специалистов ИК и в структурных подразделениях) имеются действующие нормативные правовые и нормативные документы (приказы МЗКР), регламентирующие организацию эпидемиологического надзора за ИСМП, список нозологических форм ИСМП, подлежащих внутреннему учету и регистрации.
2. На случаи ИСМП, обусловленные патогенными микроорганизмами (менингит, дифтерия, вирусные гепатиты, сепсис, мастит, кишечные инфекции и т.д.) и вспышки ИСМП подается экстренное извещение в территориальное учреждение ЦПЗиГСЭН.
3. Имеются журналы регистрации случаев ИСМП.
4. На каждый случай ИСМП заполняется эпидемиологическая карта.
5. Имеются данные по анализу заболеваемости ИСМП в виде таблиц, графиков.
6. Диагноз и регистрация случаев ИСМП производится на основании стандартных определений случаев.
7. Орган УКМУ/специалисты ИК и заведующие структурными подразделениями несут ответственность за достоверность выявления и регистрацию случаев ИСМП.

Подсчитывается индикатор за предыдущий год:

процент выявления случаев ИСМП (количество случаев ИСМП x 100% / общее количество пролеченных пациентов).

8. Орган УКМУ/специалисты ИК проводят расследование/анализ случаев ИСМП, результаты которых обсуждаются на заседаниях Органа УКМУ и врачебных конференциях и используются для улучшения работы.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ (у специалистов ИК и в структурных подразделениях) проверяется наличие действующих нормативных правовых и нормативные документов, регламентирующих организацию эпиднадзора за ИСМП, список ИСМП, подлежащих внутреннему учету и регистрации, документация по учету и регистрации ИСМП в соответствии с требованием стандарта.
2. Оценивается работа по проведению расследований/анализа случаев ИСМП. Проверяются наличие актов/протоколов расследования/анализа случаев ИСМП, протоколов заседаний Органа УКМУ и врачебных конференций и наличие конкретных решений для улучшения работы.
3. Оценивается степень достоверности выявления ИСМП.

Стандарт 1.28.(А) Все инциденты зарегистрированы, расследованы, проанализированы и используются для улучшения работы.

Требования стандарта.

1. Имеется документированная утвержденная/подписанная процедура, регламентирующая правила регистрации/документирования, расследования и передачи информации об инцидентах (критические случаи, ошибки, дефекты, неблагоприятные события), включая профессиональные заболевания персонала.
2. Вся информация о ранее случившихся инцидентах:

- связанных с процессом медицинской помощи (медикаментозные реакции, биоаварии, осложнения лечебных и диагностических вмешательств, ошибки медицинского персонала, нарушения техники безопасности, последствия воздействия ионизирующего излучения и др.);
- связанных с окружающей средой и активами ОЗ (негативное воздействие на окружающую среду, пожар, травматизм/падения, пропажа/кража имущества, неадекватный температурный режим, аварии коммуникаций, отключения электроэнергии, негативные последствия халатности/неэффективности управления активами, нехватка финансов и материальных средств и др.);
- связанных со здоровьем персонала (заболевания, травматизм, стрессовые ситуации, последствия контакта с вредными факторами и др.)

собрана из всех возможных источников (ретроспективный анализ документации, опросы/интервью, анкетирование, наблюдение за процессом оказания медицинской помощи, отчетность сотрудников об инцидентах, результаты их расследования, анализ жалоб и судебных исков пациентов, обзор и мониторинг электронных баз медицинских данных, медицинские форумы).

3. Информация об инцидентах официально зарегистрирована/документирована (журнал регистрации инцидентов, медицинская карта, личное дело сотрудника).
4. Органом УКМУ проводится оперативное расследование/анализ всех инцидентов, включая профессиональные заболевания персонала, в соответствии с установленными правилами, имеются акты/протоколы.
5. Результаты расследований/анализа всех инцидентов обсуждены (на клинических конференциях, производственных собраниях) и использованы для улучшения работы (приняты адекватные меры для их предотвращения).
6. Информация об инцидентах предоставляется в соответствующей форме (служебная/докладная записка, объяснительная записка, письмо, акт и др.) и в установленные сроки соответствующим должностным лицам или компетентным органам.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется:

- наличие документированной процедуры, регламентирующей правила регистрации/документирования, расследования и передачи информации об инцидентах;
- оценивается на предмет соответствия требованиям стандарта работа по сбору информации о ранее случившихся инцидентах;
- наличие факта регистрации информации об инцидентах;
- документы (акты/протоколы), подтверждающие проведение расследования/анализа всех инцидентов в соответствии с установленными правилами, оценивается адекватность сделанных выводов;
- факт обсуждения результатов расследования/анализа всех инцидентов на клинических конференциях (производственных собраниях);
- проведение оценки адекватности принятых мер для предотвращения инцидентов;
- факт своевременной передачи информации об инцидентах должностным лицам или компетентным органам в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 1.29(В). Разработан план управления рисками медицинских услуг и окружающей среды.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ ежегодно:

- выявляет/идентифицирует, ведет документальный учет фактических (выявленных, доказанных) и потенциальных рисков и их источников возникновения

- (подразделения, процедуры, медицинская техника, оборудование и материалы);
 - оценивает риски (вероятность/частота наступления опасности, прогнозирование уровня потерь и последствий), ранжирует их по степени представляемых угроз;
 - разрабатывает мероприятия для устранения, изоляции или минимизации значимых рисков (план управления рисками), связанных с медицинской деятельностью и окружающей средой.
2. План управления рисками основан на проведенном анализе/оценке рисков. Составными частями плана управления рисками являются:
- преамбула к плану-программе, где четко идентифицированы ключевые риски и подразделения, которые являются потенциально опасными в отношении развития рисков;
 - программа инфекционного контроля, разработанная на основании результатов эпидемиологического надзора за ИСМП, анализа заболеваемости ИСМП, оценки рисков передачи инфекций;
 - управление рисками при работе с медицинской техникой;
 - безопасный лекарственный менеджмент (оценка потребности в лекарственных средствах, составление списка и спецификации по рациональным закупкам, мониторинг закупок, контроль правил хранения, распределения, учета, отчетности и рационального использования лекарственных средств, предотвращение медикаментозных ошибок, адекватное воздействие на последствия побочных действий лекарств и медикаментозные ошибки, анализ случаев побочного действия лекарственных средств и его использование для улучшения деятельности);
 - управление рисками персонала (мероприятия по охране здоровья и гигиене труда медицинского персонала, включая мероприятия по контролю рабочей нагрузки, управлению стрессовыми ситуациями и производственными рисками);
 - контроль рисков, связанных с окружающей средой (мероприятия по противопожарной безопасности, по безопасности зданий, помещений и коммуникаций, по хранению опасных веществ, управление риском краж и насилия, обеспечение надлежащего микроклимата, дератизация и дезинсекция и др.);
 - расследование инцидентов.
4. План управления рисками имеет следующую структуру: **мероприятия, исполнители, сроки исполнения, критерии/индикаторы оценки выполнения запланированных мероприятий и отметка об исполнении**. Имеются все необходимые атрибуты формализации (наличие грифа «Утверждаю», подпись лица, утвердившего план, заверенная печатью, дата утверждения).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие плана управления рисками, проводится его оценка соответствия требованиям стандарта по структуре и содержанию, наличия атрибутов формализации.

Стандарт 1.30.(В) Разработан и утвержден план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Члены Органа УКМУ разработали годовой план мероприятий по улучшению качества медицинских услуг, который основанный на анализе деятельности ОЗ за предыдущий год. План содержит следующую структуру мероприятия, исполнители, сроки исполнения, критерии/индикаторы оценки выполнения запланированных мероприятий и отметка об исполнении.
2. План включает следующие мероприятия:
 - внедрение клинических руководств/протоколов, приказов, алгоритмов, стандартов, основанных на принципах доказательной медицины (лучшей практики), посредством проведения обучающих тренингов;

- мониторинг и оценка качества организации предоставления медицинской помощи (экспертная оценка диагностики и лечения пациентов в соответствии с клиническими руководствами и протоколами, основанными на принципах доказательной медицины);
 - оценка профессиональной подготовки медицинских работников (аттестация);
 - внедрение механизмов обратной связи с пациентами для оценки и улучшения качества оказываемых услуг;
 - анализ и разбор смертности;
 - расследование инцидентов, критических случаев, ошибок, дефектов и неблагоприятных событий в медицинской практике;
 - оценка качества организации медицинского обслуживания (своевременность выполнения назначений, санитарно-просветительская работа);
 - информационное обеспечение профессиональной деятельности персонала (обеспечение нормативными правовыми документами, клиническими руководствами протоколами);
 - мероприятия по выполнению Законов и Постановлений Правительства КР, Национальных, Государственных и иных программ в области здравоохранения;
 - другие мероприятия по качеству.
3. План работы имеет все необходимые атрибуты формализации: наличие грифа «Утверждаю», подпись лица утвердившего план заверенная печатью, дата утверждения.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие плана работы мероприятий по улучшению качества медицинских услуг, проводится его оценка соответствия требованиям стандарта по структуре и содержанию, наличия атрибутов формализации.

Стандарт 1.31.(А) Обеспечивается реализация планов по управлению рисками и качеством. Проводится анализ/оценка эффективности выполнения запланированных мероприятий.

Требования стандарта.

1. Мониторинг и контроль выполнения запланированных мероприятий по управлению рисками и улучшению качества осуществляется **«рутинно»**, в рамках должностных обязанностей членов Органа УКМУ, **и в рамках процедуры клинического аудита структурных подразделений учреждения ежеквартально.**
2. У членов Органа УКМУ имеются рабочие унифицированные формы (тетради/журналы, чек-листы, акт/протокол и др.), которые используются для документирования результатов рутинных и периодических проверок, со спецификой для каждого структурного подразделения.
3. Определены инструменты для проведения рутинных проверок и клинических аудитов (стандарты, инструменты ИК, индикаторы и инструменты для оценки качества и безопасности медицинских услуг, принятые в КР, со спецификой для каждого структурного подразделения учреждения).
4. Осуществляется анализ/оценка эффективности результатов (анализ результатов выполнения запланированных мероприятий в отчете Органа УКМУ, обсуждение/оценка результатов на заседаниях Органа УКМУ и клинических конференциях с выявлением слабых мест, проблем и мероприятий/процедур, не приведших к эффективным результатам). Проведенный анализ/оценка эффективности результатов выполнения запланированных мероприятий используется разработки конкретных решений, новых направлений/мероприятий и процедур для повышения эффективности и улучшения качества/безопасности.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие рабочих унифицированных форм, отражающих результаты «рутинного» мониторинга/контроля выполнения запланированных мероприятий и проведения клинических аудитов. Оценивается регулярность и объем проведенной работы по мониторингу и контролю выполнения плана по управлению рисками и улучшению качества.
2. Оценивается наличие инструментов для проведения рутинных проверок и клинических аудитов.
3. Проводится опрос/анкетирование персонала ОЗ на предмет проведения «рутинных проверок», клинических аудитов (проводятся или нет, что проверяется), конференций, посвященных обсуждению результатов клинических аудитов.
4. Оценивается регулярность проведения заседаний Органа УКМУ, клинических конференций, активность и «не формальность» обсуждения результатов мониторинга и контроля выполнения плана управления рисками и плана мероприятий по качеству.
5. Оценивается адекватность/инновационность принятых решений, новых направлений/мероприятий и процедур (в результате анализа/оценки эффективности результатов выполнения запланированных мероприятий) для улучшения качества и безопасности.

Стандарт 1.32.(Б) Проводится анализ и разбор смертности.

Требования стандарта.

1. В годовом отчете Органа УКМУ проведен анализ всех случаев смертности.
2. Организован разбор на конференциях всех случаев детской и материнской смертности, а также смертности связанной с дефектами профессиональной деятельности медицинских работников, имеются рецензии на медицинские карты умерших больных, протоколы разборов с конкретными выводами:
 - об адекватности (не адекватности) проведенных лечебно-диагностических мероприятий;
 - о влиянии неадекватных лечебно-диагностических мероприятий на исход (смерть) заболевания;
 - о причинах неадекватности лечебно-диагностических мероприятий и решениями, для улучшения качества.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие (в отчете Органа УКМУ) анализа смертности и протоколов разбора на конференциях всех вышеуказанных случаев летальности. Оценивается качество анализа смертности в отчетах, регулярность проведения конференций, активность обсуждения и адекватность выводов и принятых конференцией решений (способность принимаемых решений оптимизировать работу по качеству).
2. Кроме того, проводится опрос/анкетирование персонала на предмет проведения конференций, посвященных обсуждению случаев летальности.

Стандарт 1.33.(Б) Обеспечивается внедрение новых научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины.

Требования стандарта.

1. В ОЗ проводится работа по внедрению новых, перспективных научно-обоснованных вмешательств и медицинских технологий, основанных на принципах доказательной медицины. Основой работы по внедрению является внедрение клинических руководств/протоколов, основанных на принципах доказательной медицины;
2. Работа по внедрению включена в годовой план Органа УКМУ.
3. Внедряемые клинические руководства/протоколы, внутренние разработанные в организации документированные процедуры **и другие** медицинские технологии проходят

определенную формализованную форму (механизм) внедрения (конференции, тренинги, семинары, оформление «актами внедрения» и утверждение их на заседаниях Органа УКМУ). Выполненная учреждением работа по внедрению отражена в годовом отчете Органа УКМУ.

4. Реализация/выполнение запланированных внедрений регулярно отслеживается.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие мероприятий по внедрению в годовом плане Органа УКМУ, отражение проведенной работы по внедрению в годовом отчете Органа УКМУ, «формализованных документов, подтверждающих проведение внедрений («акты внедрения», протоколы конференций, тренингов, семинаров). Оценивается полнота выполненных мероприятий по внедрению, наличие определенных механизмов (форм) внедрения, актуальность внедрений и правильность оформления «актов внедрения».

Стандарт 1.34.(А) Имеется годовой отчет о деятельности Органа УКМУ.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ в конце года составляет отчет с проведением всестороннего анализа/оценки эффективности выполнения запланированных мероприятий и результатов индикаторов/показателей качества оказываемой медицинской помощи (мероприятий по управлению рисками и по качеству медицинской помощи). В отчете сделаны выводы, выявлены проблемы и намечены последующие шаги для их решения/улучшений.
2. Годовой отчет Органа УКМУ обсужден на общем собрании коллектива ОЗ и используется для улучшения работы.
3. Годовой отчет о деятельности Органа УКМУ доступен для общественности - расположен на информационном стенде и веб-сайте ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие годового отчета с анализом выполнения запланированных мероприятий. Оценивается качество составления отчета и проведенного анализа, наличие выводов, выявленных проблем и последующих шагов для их решения. Кроме того, проверяется наличие протокола общего собрания коллектива, посвященного обсуждению годового отчета о деятельности Органа УКМУ.
2. Проверяется наличие информации о годовом отчете Органа УКМУ на информационном стенде и веб-сайте ОЗ.

Стандарт 1.35.(А) В структурных подразделениях ОЗ осуществляется контроль качества и безопасности медицинских услуг.

Требования стандарта.

1. Руководителем и старшей медицинской сестрой структурного подразделения ОЗ регулярно осуществляется контроль качества и безопасности медицинских услуг (обходы помещений, экспертиза медицинской документации), ведется документация по контролю качества и безопасности (все выявленные дефекты документально зафиксированы).
2. Случаи выявленных недостатков в области качества и безопасности медицинских услуг разбираются на производственных собраниях в подразделениях (**имеются протоколы собраний**), принимаются адекватные меры (планируются мероприятия, действия) для нивелирования недостатков и улучшения работы. Отслеживается реализация принятых на собраниях мероприятий (действий) для нивелирования недостатков и улучшения работы.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие документации, отражающей проведение контроля качества и безопасности медицинских услуг, оценивается адекватность механизмов контроля и регулярность его проведения. Кроме того, проверяется наличие протоколов производственных собраний, посвященных разбору выявленных недостатков в области качества и безопасности медицинских услуг, оценивается:

- адекватность (правильность) принимаемых мер (шагов) для нивелирования недостатков и улучшения работы;
- проведение мониторинга выполнения мероприятий (действий) для нивелирования недостатков и улучшения работы.

Стандарт 1.36.(А) ОЗ, предоставляющая антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, в полном объеме соблюдают международные и национальные требования в области регулирования маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.

Требования стандарта.

1. Орган УКМУ ОЗ разработал политику (документированную процедуру) включающую основные положения Международного кодекса по маркетингу заменителей грудного молока (далее Кодекс), соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее ВАЗ) и положения законодательства КР в области регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей (далее Законодательство КР).
2. ОЗ приобретает детское питание, бутылочки для кормления и соски через обычные каналы закупок, а не посредством бесплатных и/или субсидируемых поставок.
3. В ОЗ не демонстрируются/не рекламируются продукты (и/или названия продуктов), охваченные Кодексом и Законодательством КР, товары с логотипами компаний, которые производят заменители грудного молока, бутылки для кормления и соски.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется:
 - наличие политики (документированной процедуры) включающей основные положения Кодекса, соответствующие резолюции ВАЗ и Законодательства КР в области регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.
 - источники закупок/поставок детского питания (заменителей грудного молока), бутылочек для кормления и сосок.
2. Проводится анкетирование (и/или собеседование) сотрудников ОЗ и пациентов на предмет демонстрации/рекламирования (или его отсутствия) продуктов (и/или названия продуктов), охваченных Кодексом и Законодательством КР, товаров с логотипами компаний, которые производят заменители грудного молока, бутылки для кормления и соски.

Стандарт 1.37.(А) ОЗ, предоставляющая антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению за новорожденными имеет ясно изложенную письменную политику в отношении грудного вскармливания.

Требования стандарта.

1. В ОЗ в назначено компетентное лицо (член Органа УКМУ), прошедшее обучение на курсах повышения квалификации по ГВ или на семинарах по ГВ, организованных ЮНИСЕФ/ВОЗ, Министерством здравоохранения, ответственного за внедрение программы «Инициатива Больниц/ОЗ доброжелательного отношения к ребенку» (далее «ИБДОР»), имеется соответствующий приказ.

2. В соответствии с приказом МЗКР №1078 от 18.02.20, Законодательства КР, Орган УКМУ разработал письменную политику (документированную процедуру) ОЗ в отношении грудного вскармливания детей раннего возраста в рамках программы «ИБДОР».
3. Политика направлена на реализацию всех восьми основных клинических практик, предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания», Кодекса, а также механизмы регулярной оценки компетентности.
4. Политика доведена до сведения всего медицинского персонала (обсуждена в подразделениях ОЗ, имеются протоколы обсуждения) и принята на общем собрании коллектива ОЗ. Проведена аттестация сотрудников на знание содержания политики.
5. «Политика грудного вскармливания ОЗ» размещена на видных местах (стендах для пациентов) в каждом подразделении, доступных для пациентов и их семьям.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется:
 - приказа о назначении компетентного лица/лиц ответственного за внедрение программы «ИБДОР»;
 - наличие политики/документированной процедуры грудного вскармливания детей раннего возраста в рамках программы «ИБДОР», соответствующей по содержанию требованиям стандарта.
2. Проверяется наличие факта обсуждения в подразделениях и на общем собрании ОЗ (наличие протоколов обсуждения и принятия) политики/документированной процедуры грудного вскармливания детей раннего возраста и проведения процедуры аттестация сотрудников на знание содержания вышеуказанной политики.
3. Проверяется наличие факта размещения на стендах для пациентов Документированной процедуры «Политика грудного вскармливания ОЗ».
4. Проводится анкетирование сотрудников ОЗ, предоставляющих дородовые услуги, услуги по родам и/или уходу за новорожденными, оценивается их знания/осведомленность в отношении принятой в ОЗ Документированной процедуры «Политика грудного вскармливания ОЗ».

Стандарт 1.38.(А) В Организации здравоохранения, предоставляющей антенатальные услуги, услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, создана система мониторинга и управления данными связанная с грудным вскармливанием.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеется протокол для постоянного мониторинга и управления данными, которые отслеживают соответствие с восемью ключевыми клиническими практиками предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания».
2. Члены Органа УКМУ ОЗ регулярно (не реже чем один раз в 6 месяцев) проводят обзор/отслеживание результатов мониторинга основных показателей для клинических практик связанных с грудным вскармливанием, определяют прогресс в достижении установленных целей и при необходимости осуществляют корректирующие действия.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ проверяется наличие протокола для постоянного мониторинга и управления данными, которые отслеживают соответствие с восемью ключевыми клиническими практиками предусмотренных «Десятью шагами успешного грудного вскармливания».
2. Проверяется наличие факта проведения членами Органа УКМУ обзора/отслеживания результатов мониторинга основных показателей для клинических практик связанных с грудным вскармливанием в соответствии с требованиями стандарта, имеется соответствующая документация (акты/протоколы заседаний).

Блок II «Клиническая безопасность».

Стандарт 2.1.(Б) Риски заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями при осуществлении профессиональной деятельности оценены и управляются.

Требования стандарта.

Каждое структурное подразделение ОЗ ежегодно разрабатывает и реализовывает мероприятия (в годовом плане рабочей группы по УК) по устранению, изоляции или минимизации рисков заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями, включая следующие аспекты:

- прохождение диагностического скрининга персоналом подразделения ОЗ на гепатиты «В» и «С», туберкулез, «ВИЧ» и другие инфекции (в соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами системы здравоохранения) **в рамках ежегодных профилактических медицинских осмотров или при необходимости (если имеются подозрительные симптомы);**
- обеспечение иммунизацией персонала из группы повышенного риска против гепатита «В» и других социально значимых инфекционных заболеваний (случаи отказа персонала ОЗ от проведения вакцинации оформлены документально);
- проведение оценки полноты иммунизации персонала из группы повышенного риска, напряженности и длительности поствакцинального иммунитета;
- обеспечение персонала пакетом медицинских услуг в соответствии с нормативными документами системы здравоохранения при выявлении социально значимых инфекционных заболеваний (гепатиты «В» и «С», туберкулез, «ВИЧ» и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Оцениваются планируемые мероприятия по устранению, изоляции или минимизации рисков заражения персонала социально значимыми инфекционными заболеваниями на предмет соответствия их требованиям стандарта. Проверяется реализация запланированных мероприятий.

Стандарт 2.2.(В) Персонал проходит инструктаж по технике безопасности.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (структурных подразделениях) имеются официально назначенное (ые) внутренним приказом лицо (лица), несущее (ие) персональную ответственность за проведение инструктажа по технике безопасности на рабочих местах и контроль соблюдения техники безопасности персоналом в учреждении (структурных подразделениях).
2. Имеется разработанный и утвержденный пакет инструкций по технике безопасности, который регулярно актуализируется.
3. Персонал ОЗ при поступлении на работу и в дальнейшем, не реже одного раза в год, проходит инструктаж по технике безопасности, факт проведения которого документально фиксируется в журнале регистрации прохождения инструктажа по технике безопасности.

Оценка выполнения стандарта.

1. В ОЗ (структурных подразделениях) проверяется наличие приказа о назначении лиц, ответственных за проведение инструктажа по технике безопасности и контроль соблюдения техники безопасности персоналом, утвержденного Пакета инструкций по технике безопасности, журнала регистрации прохождения инструктажа по технике безопасности.

2. Проверяется факт документальной фиксации проведения инструктажа по технике безопасности персонала.

Стандарт 2.3.(Б) Риски при работе с медицинской техникой и оборудованием оценены и управляются.

Требования стандарта.

1. Медицинская техника проходит техническое освидетельствование при вводе в эксплуатацию и после ремонта, имеются подтверждающие документы.
2. Все электрические аппараты и электрооборудование заземлено.
3. Имеются утвержденные инструкции по технике безопасности на используемые аппараты, приборы и оборудование, которые регулярно актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ (структурных подразделениях) проверяется:

- документы, подтверждающие прохождение технического освидетельствования медицинской техники при ее вводе в эксплуатацию и после ее ремонта;
- наличие контуров заземления у электрических аппаратов и электрооборудования;
- наличие утвержденных инструкций по эксплуатации на каждый вид аппаратов, приборов и оборудование.

Стандарт 2.4. (Б) Выполняются правила дезинфекции.

Требования стандарта.

1. Для проведения работ по дезинфекции ИМН, поверхностей помещений, защитной одежды персонала, загрязненной биологическими выделениями используются химические средства для дезинфекции, зарегистрированные и разрешенные к применению в Кыргызской Республике. Имеется свидетельство о государственной регистрации на каждое средство для дезинфекции, используемое в ОЗ.
2. Имеются инструкции по применению дезинфицирующих средств от фирм-производителей. Инструкции содержат данные о составе дезинфицирующих средств, об их эффективности в отношении микроорганизмов (бактерий, вирусов, грибов и т.д.) область и режим применения (концентрация рабочего раствора, время экспозиции) дезинфицирующих средств.
3. Область и режим применения дезинфицирующих средств (концентрация рабочего раствора, время экспозиции) для проведения работ по дезинфекции в ОЗ соответствует требованиям инструкции фирмы производителя.
4. Имеются в наличии аптечки для оказания медицинской помощи при возникновении инцидентов во время проведения работ с дезинфицирующими средствами (в соответствии с инструкциями по применению дезинфицирующих средств).
5. Персонал владеет знаниями о действиях в случае попадания дезинфицирующего средства на кожу, слизистую оболочку глаза, желудок, дыхательные пути в соответствии с инструкциями.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие свидетельств о государственной регистрации и инструкций по применению дезинфицирующих средств, используемых для работ по дезинфекции в ОЗ.
2. Проводится визуальное наблюдение за проведением работ по дезинфекции, оценивается правильность использования дезинфицирующих средств (область применения и режим).
3. Проверяется наличие аптечки для оказания медицинской помощи в случаях возникновения инцидентов во время проведения работ с дезинфицирующими

средствами.

4. Осуществляется опрос сотрудников, осуществляющих проведение работ по дезинфекции, оценивается знания сотрудников требований инструкции по применению дезинфицирующих средств.

Стандарт 2.5.(А) В ЦСО работает обученный персонал и соблюдается поточность системы работы.

Требования стандарта.

1. К работе в ЦСО допускаются лица, прошедшие специальную после дипломную подготовку/специализацию в области проведения работ по стерилизации и получившие сертификат/допуск к работе с аппаратами под давлением.
2. В ЦСО соблюдается поточность движения «грязного», «чистого» и «стерильного» инструментария и материалов в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:
 - ЦСО располагается изолированно от других структурных подразделений;
 - вход в ЦСО ограничен только сотрудниками, имеющими на это разрешение;
 - все помещения ЦСО разделены на 3 зоны ("грязную", "чистую" и "стерильную"), планировка помещений исключает возможность перекреста грязных, чистых и стерильных материалов и инструментов;
 - «грязная» зона сообщается с «чистой» зоной через моечные автоматы проходного типа или посредством закрывающегося передаточного окна из моечной;
 - «стерильная» зона отделена от «чистой» зоны проходными стерилизаторами или посредством закрывающегося передаточного окна.
 - вход персонала в «стерильную» зону через санпропускник, с переодеванием в стерильный комплект одежды.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие специальной подготовки/специализации у лиц осуществляющих работы по стерилизации.
2. Проводится визуальный осмотр помещений ЦСО, оценивается выполнение требований стандарта по соблюдению поточности работы.

Примечание: При использовании в ОЗ незначительного количества ИМН, ЦСО может состоять из двух комнат.

Стандарт 2.6.(А) Выполняются правила предстерилизационной очистки, упаковки и загрузки стерилизатора.

1. Предстерилизационную очистку ИМН проводят в «грязной зоне» ЦСО ("моечной"), проводят подсушку и упаковку ИМН проводят в «чистой зоне» ЦСО.
2. Предстерилизационную очистку ИМН проводят ручным способом или в дезинфекционно-моечной машине в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
3. Проводится контроль качества предстерилизационной очистки ИМН пробами (амидопириновой, фенолфталеиновой и азопирамовой) на наличие остатков крови, моющего средства, хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксидаз растительного происхождения. Контролю подвергают 1% от одновременно обработанных изделий одного наименования, но не менее 3-5 ед.
4. Результаты контроля качества предстерилизационной очистки документально фиксируются в журнале контроля качества предстерилизационной очистки.
5. Для упаковки ИМН при стерилизации паром используют:
 - плотный хлопчатобумажный материал (обертывают два раза, упаковку туго не

- завязывают);
 - упаковочную бумагу (обертывают два раза);
 - термозапаечный упаковочный материал.
6. Упакованные ИМН помещают в стерилизационные коробки (биксы) Плотность заполнения бикса не превышает 2/3 его объема.
 7. Стерилизатор не перегружается (между биксами и стенками стерилизатора зазор не менее 7-8 см свободного пространства).

Оценка выполнения стандарта.

1. В ЦСО осуществляется наблюдение за проведением работ по предстерилизационной очистке, упаковке и загрузке стерилизатора, оценивается правильность их проведения.
2. Осуществляется опрос сотрудников ЦСО, в процессе которого оцениваются их знания по правилам проведения работ по предстерилизационной очистке (включая контроль качества), упаковке и загрузке стерилизатора.
3. Проверяется наличие готовых растворов для постановки амидопириновой, фенолфталеиновой и азопирамовой проб, а также журнала контроля качества предстерилизационной очистки, по которому оценивается регулярность проведения контроля качества предстерилизационной очистки ИМН.

Стандарт 2.7.(А) Выполняются правила стерилизации.

1. Стерилизации подвергаются все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами и инструменты, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждение.
2. Работы по стерилизации изделий медицинского назначения проводят в ЦСО. Стерилизация изделий медицинского назначения осуществляются путем их обработки в автоклаве или сухожаровом шкафу в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
3. Контроль стерилизации осуществляется физическим, химическим и бактериологическим методами, при этом используют средства измерения температуры (термометр, термометр максимальный), давления (мановакуумметры), учет времени, химические тесты, термохимические индикаторы и биотесты в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
4. В журнале регистрации результатов стерилизации имеются записи с указанием времени стерилизации, температуры и давления, с результатами тест-контроля для каждой загрузки.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится наблюдение за проведением работ по стерилизации, оценивается правильность проведения работ по стерилизации.
2. Осуществляется опрос сотрудников ЦСО, оцениваются их знания по правилам проведения работ по стерилизации, включая методы для контроля работы паровых и воздушных стерилизаторов.
3. Проверяется журнал регистрации результатов стерилизации, оценивается правильность его заполнения.

Стандарт 2.8. (А) Обеспечивается правильность выгрузки и хранения стерильных изделий медицинского назначения.

Требования стандарта.

1. Стерилизационные коробки перед выгрузкой из стерилизатора сухие.

2. На стерильных упаковках нет разрывов, влажных мест, пыли.
3. Извлеченные из стерилизатора стерилизационные коробки выкладываются на стеллажи в «стерильной» зоне.
4. Не обернутые изделия медицинского назначения используют немедленно и **не хранят**;
5. На стерилизационных коробках имеются ярлычки/наклейки с указанной датой проведения стерилизации.
6. На стеллажах хранения стерилизационных коробок имеется маркировка всех структурных подразделений/кабинетов ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр стерильных изделий медицинского назначения в ЦСО, операционной, манипуляционных/перевязочных кабинетах и лаборатории оценивается выполнение требований стандарта по правильности хранения стерильных изделий медицинского назначения.

Стандарт 2.9.(А) Соблюдается гигиена рук медицинского персонала.

Требование стандарта.

1. Медицинский персонал знает показания для мытья и антисептики рук и соблюдает алгоритм при мытье и/или антисептике рук.
2. Медперсонал, проводящий медицинские манипуляции, не носит искусственные ногти, кольца, браслеты. Ногти коротко стрижены и без декоративного лака. Нет кожных повреждений.
3. Перед каждой процедурой, а также до и после снятия перчаток медперсонал:
 - моет руки с мылом под проточной водой и высушивает одноразовым полотенцем/«одноразовыми салфетками многократного применения»;
 - и/или**
 - в случае если на руках нет видимых загрязнений, обрабатывает руки 2-3 мл (при выполнении гигиенической антисептики) антисептиком до полного высыхания раствора на руках.
4. Имеется мыло (жидкое во флаконах с дозатором, для твердого мыла, применяются решетчатые мыльницы или мыльницы на магните, для обеспечения подсушивания мыла), дозаторы с антисептиками (локтевые дозаторы со спиртовыми антисептиками для обработки рук размещаются в удобных местах, лучше применять индивидуальные дозаторы) и одноразовые полотенца/«одноразовые салфетки многократного применения».
5. При повторном использовании дозатора для жидкого мыла, его заполнение проводят после промывки и последующего высушивания (новую порцию мыла не доливают в частично заполненный дозатор).

Оценка выполнения стандарта.

1. В процедурных, операционных, манипуляционных / перевязочных кабинетах, лаборатории и других функциональных помещениях ОЗ проверяется наличие мыла, дозаторов с антисептиками (или индивидуальных дозаторов) и одноразовых полотенец/«одноразовых салфеток многократного применения».
2. Проводится визуальное наблюдение за состоянием рук медицинского персонала (ногти, украшения) и правильностью выполнения алгоритма мытья и обработки рук медицинским персоналом в режиме реального времени.
3. При необходимости, проводится опрос персонала по правилам соблюдения гигиены рук.

Стандарт 2.10.(А) Перед хирургическими манипуляциями проводится хирургическая обработка рук медицинского персонала.

Требование стандарта.

1. Перед любыми хирургическими вмешательствами медицинский персонал проводит хирургическую обработку рук, включающую мытье и хирургическую антисептику рук. Хирургическая обработка рук медицинским персоналом осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
2. Алгоритм хирургической обработки рук имеется в виде настенных постеров. Имеется мыло (твердое, сухое или жидкое во флаконах с дозатором), дозаторы с безводным (спиртовым) антисептиком, стерильные мягкие щетки, стерильные салфетки и гигиенический крем или лосьон для снижения риска возникновения контактного дерматита.

Оценка выполнения стандарта.

В операционных и манипуляционных кабинетах ОЗ проверяется наличие настенных постеров по алгоритму хирургической обработки рук, мыла, дозаторов с антисептиками, стерильных мягких щеток, стерильных салфеток, гигиенического крема или лосьона. Проводится визуальное наблюдение за правильностью выполнения алгоритма хирургической обработки рук медицинским персоналом.

Стандарт 2.11.(А) Во время проведения работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, медицинский персонал использует средства индивидуальной защиты.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. **При выполнении работ (процедуры и манипуляции), связанных с рисками, персонал ОЗ применяет средства индивидуальной защиты:**
 - медицинский халат/костюм;
 - шапочку или колпак, закрывающие волосы;
 - сменную закрытую обувь;
 - резиновые перчатки, хирургические маски, защитные очки, резиновый или пластиковый фартук во всех случаях, когда возможен контакт с контаминированными (потенциально контаминированными) объектами, жидкостями, материалами/поверхностями;
 - респираторы для защиты от инфицирования при инфекциях с воздушно-капельным путем передачи (ТБ, COVID-19 и др.).
2. **Во время хирургических манипуляций (операционная, перевязочная/манипуляционная), медицинские работники используют СИЗ:**
 - стерильный хирургический костюм/халат и стерильную хирургическую шапочку или колпак, закрывающие волосы (**операционная**);
 - хирургический костюм/халат, фартук или разовый халат, хирургическую шапочку или колпак, закрывающие волосы (**перевязочная/манипуляционная**);
 - стерильные перчатки;
 - чистую закрытую обувь, которая может служить защитой от пролитой жидкости и упавших предметов, закрытую стерильными бахилами (**операционная**);
 - стерильную марлевую повязку/маску, закрывающую рот и нос.
3. В ОЗ имеется адекватный запас СИЗ для персонала, обеспечивающий бесперебойную работу.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится наблюдение за проведением работ, процедур и манипуляций, связанных с рисками, в режиме реального времени. Оценивается использование СИЗ, указанных в

требовании стандарта. Проверяется наличие адекватного запаса СИЗ для бесперебойной работы ОЗ.

Стандарт 2.12.(А) Риски контаминации и получения травм от уколов иглами медицинским персоналом оценены и управляются.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. В процедурном кабинете в виде настенного постера имеется документированная процедура (алгоритм) по безопасному обращению с использованными одноразовыми шприцами (инъекционными устройствами);
2. Персонал прошел обучение и владеет навыками безопасного обращения с использованными шприцами;
3. Не проводят никаких манипуляций с использованными шприцами (сгибание, манипулирование и отделение иглы вручную). В случае если пластмассовые части шприцов сдаются на переработку, то иглы отсекаются от шприцов при помощи иглоотсекателя и собираются отдельно;
4. Не надевают повторно защитный колпачок на иглу, если это необходимо сделать, то используют метод одной руки;
5. Использованные острые предметы (иглы) и стеклянные ампулы выбрасывают сразу после использования в проколостойкие емкости/контейнеры (коробки из твердого пластика или жестяные емкости), расположенные на расстоянии вытянутой руки;
6. Емкость/контейнер для сбора острых отходов запечатывается и заменяется, как только он будет заполнен на три четверти;

Оценка выполнения стандарта.

В процедурном кабинете методом визуального наблюдения проверяется соблюдение мер по безопасному обращению с использованными шприцами в соответствии с требованиями стандарта. Проводится опрос персонала процедурного кабинета, оценивается знание персонала правил безопасного обращения с использованными шприцами

Стандарт 2.13.(В) Сотрудники, имеющие профессиональный риск, обеспечиваются специальным питанием и другими льготами согласно трудовому законодательству.

Требования стандарта.

В ОЗ имеется утвержденный перечень лиц имеющих право на получение специального питания в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР. Сотрудники регулярно получают специальное питание и им предоставляются льготы (сокращенный рабочий день, дополнительный отпуск и др.). Имеется документ, подтверждающий получение специального питания и предоставления льгот.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится опрос сотрудников на предмет получения специального питания и других льгот. Проверяется документ, подтверждающий получение специального питания и других льгот.

Стандарт 2.14.(В) Соблюдается режим облучения помещений бактерицидными лампами.

Требования стандарта.

1. Имеется достаточное количество бактерицидных ламп.
2. Проводится регулярное облучение помещений бактерицидными лампами, где это необходимо (процедурные, перевязочные, операционные, ЦСО, лаборатория и др.) в

соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

- время облучения помещений бактерицидными лампами 60 минут;
- проветривание помещений после облучения не менее 15 минут;
- имеются журналы регистрации процедуры облучения помещений и паспорта на бактерицидные лампы;
- осуществляется учет работы бактерицидных ламп и своевременная замена бактерицидных ламп после выработки лампой установленного количества часов (согласно паспорта).

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается адекватность количества имеющихся бактерицидных ламп.
2. По журналу регистрации процедуры облучения помещений проверяется регулярность, необходимая экспозиция облучения помещений, а также проведение учета работы кварцевых ламп.
3. Проводится проверка паспортов кварцевых облучателей на предмет правильности срока использования бактерицидных облучателей.
4. Проводится опрос медицинского персонала на предмет знания режима облучения помещений бактерицидными лампами.

Стандарт 2.15.(Б) Соблюдается санитарно–гигиенический режим в помещениях.

Требование стандарта.

1. Соблюдается режим уборки помещений в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
2. Имеются графики уборки помещений во всех подразделениях, помещенные на видные места (на стенах).
3. Имеется уборочный инвентарь (ведра, емкости для мытья стен, щетки) и запас моющих и дезинфицирующих средств для проведения уборки помещений.
4. Весь уборочный инвентарь имеет маркировку с указанием помещений, используется по назначению и хранится отдельно в специально отведенных местах.

Оценка выполнения стандарта.

1. В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие графиков уборки, инвентаря, индивидуальных средств защиты персонала и запаса моющих и дезинфицирующих средств для проведения уборки.
2. Оценивается правильность маркировки и хранения уборочного инвентаря.
3. Проводится визуальный осмотр помещений на предмет чистоты.
4. Осуществляется опрос персонала, ответственного за проведение уборки, на знание режимов уборки (предварительной, текущей, заключительной и генеральной).

Стандарт 2.16.(Б) Обеспечивается безопасность инъекционной практики.

Требование стандарта.

При внутрикожном, подкожном, внутримышечном и внутривенном введении лекарственных средств соблюдается алгоритм выполнения инъекции в соответствии требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.

Оценка выполнения стандарта.

Осуществляется опрос персонала, на знание алгоритма выполнения инъекций. Проводится визуальное наблюдение за правильностью выполнения инъекций.

Стандарт 2.17.(В) Проведение лабораторных исследований осуществляется в условиях соответствующего микроклимата.

Требования стандарта.

Во всех рабочих помещениях лаборатории независимо от времени года поддерживается необходимая температура и влажность воздуха. Температура воздуха составляет 18-24 градусов Цельсия, относительная влажность – 40-60%. Для контроля температуры и влажности установлены психрометры, комнатные термометры, кондиционеры. Имеются журналы регистрации температуры и влажности в помещении.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений, оценивается соответствие микроклимата требованиям стандарта. Проверяется наличие психрометров и листов регистрации температуры и влажности в лабораторных кабинетах.

Стандарт 2.18.(Б) Соблюдаются правила транспортировки, хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в лаборатории.

Требования стандарта.

1. Транспортировка лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в организации здравоохранения осуществляется на специальном транспортном средстве с закрытым верхом.
2. Лабораторные реактивы, диагностические препараты и реагенты хранятся в сухих помещениях в шкафах или стеллажах (при необходимости хранятся в темном месте, в холодильниках, в сейфах).
3. Соблюдается температурный и влажностный режим хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов. Имеются холодильники и психрометры. В холодильниках имеется термометр для измерения температуры, которая регистрируется в журнале.
4. Отсутствуют лабораторные реактивы, диагностические препараты и реагенты с истекшим сроком годности.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оцениваются условия транспортировки лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов в организацию здравоохранения в соответствии с требованием стандарта путем интервью с администрацией ОЗ и персоналом лаборатории.
2. Проводится осмотр лаборатории, проверяется:
 - условия хранения лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов;
 - наличие холодильников и поверенных термометров в холодильниках;
 - наличие поверенных психрометров;
 - наличие журнала регистрации температурного режима в холодильниках;
 - правильность соблюдения температурного режима при хранении лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов;
 - сроки годности имеющихся лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.19.(А) Соблюдаются правила хранения лекарственных препаратов.

Требования стандарта.

1. В структурных подразделениях и аптечном складе регулярно проводится контроль правил хранения лекарственных препаратов (заведующими и старшими медсестрами подразделений, главной медсестрой).

2. Лекарственные препараты хранятся в сухих помещениях (при необходимости - в темном месте), в промаркированных закрывающихся сейфах, шкафах и стеллажах.
3. Имеются специальные холодильники для хранения термолабильных лекарственных препаратов. Соблюдается температурный режим в холодильниках (имеются термометры и журнал регистрации температурного режима).
4. Нет препаратов с истекшим сроком годности. Имеется механизм изъятия и уничтожения лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. Имеются подтверждающие документы факта изъятия и уничтожения лекарственных препаратов с истекшим сроком годности
5. Места хранения лекарственных препаратов обеспечиваются мерами охраны (металлические решетки, охранная сигнализация).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра аптечного склада ОЗ и мест хранения лекарственных препаратов в структурных подразделениях проверяется выполнение требований стандарта.

Стандарт 2.20.(А) Соблюдаются правила хранения вакцин.

Требования стандарта.

В прививочном кабинете регулярно проводится контроль выполнения правил хранения вакцин в соответствии с нормативными правовыми и нормативными документами системы здравоохранения КР. Вакцины хранятся в специальных холодильниках. Соблюдается температурный режим в холодильниках (имеются термометры и журнал регистрации температурного режима).

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра прививочного кабинета, проверяется выполнение требований стандарта в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 2.21.(Б) Имеется система приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, где это необходимо.

Требования стандарта.

Размещение и эксплуатация системы вентиляции в ОЗ осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. Помещения для проведения рентгенологических исследований и лаборатории оборудованы приточно-вытяжной вентиляционной системой с механическим побуждением (приточно-вытяжные индивидуальные каналы, вытяжные индивидуальные каналы, приточные индивидуальные каналы).
2. Вытяжная вентиляция с механическим побуждением без устройства организованного притока (вытяжные индивидуальные каналы, вентиляторы в форточных фрамугах) имеется в помещениях ЦСО, пункт автоклавирования и временного хранения медицинских отходов, моек, кладовых для хранения дезинфекционных средств и санитарных узлах.
3. Регулярно проводится профилактический осмотр и ремонт системы вентиляции, имеется подтверждающая документация.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр помещений, указанных в требовании стандарта, в которых проверяется наличие приточно-вытяжной вентиляции. Проверяется техническое состояние приточно-вытяжной вентиляции, оценивается правильность их использования путем опроса персонала. Проверяется документация, подтверждающая проведение

профилактического осмотра и ремонта системы вентиляции.

Стандарт 2.22.(А) Осуществляется безопасная практика иммунизации.

Требования стандарта.

1. Профилактические прививки осуществляют лица с медицинским образованием прошедшие специальную подготовку по вопросам иммунопрофилактики и аттестацию в установленном порядке (имеются удостоверения).
2. Для иммунизации детей используются вакцины, прошедшие государственную регистрацию в установленном порядке.
3. Соблюдаются меры по безопасному обращению с вакцинами, по безопасности инъекций и безопасному уничтожению использованного инъекционного материала и остатков вакцины в соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится проверка удостоверений о прохождении специальной подготовки и аттестации по вопросам иммунопрофилактики.
2. Проводится осмотр вакцин, использующихся для иммунизации, на предмет прохождения государственной регистрации.
3. В прививочном кабинете методом визуального наблюдения проверяется соблюдение мер по безопасному обращению с вакцинами, по безопасности инъекций и безопасному уничтожению использованного инъекционного материала и остатков вакцины в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 2.23.(А) Имеется противошоковая аптечка.

Требования стандарта.

1. В ОЗ (в прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах и операционных) имеется укомплектованная противошоковая аптечка в соответствии с установленными требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР.
2. Медицинские работники, работающие в прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах и операционных, знают, что нужно делать при развитии анафилактического шока у пациентов на введение лекарственных препаратов.

Оценка выполнения стандарта.

1. В прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах и операционных проверяется наличие противошоковых аптечек и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с требованием стандарта.
2. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о действиях при развитии анафилактического шока у пациентов.

Стандарт 2.24.(А) Имеется аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий.

Требования стандарта.

В соответствии с установленными требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР:

1. В ОЗ (процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, лаборатории, ЦСО и операционных) имеются аптечки для проведения постконтактной профилактики на

- случай возникновения биоаварий (возникновение аварийных ситуаций при работе с кровью);
2. При возникновении биоаварий проводится соответствующая постконтактная профилактика, имеются журналы регистрации случаев биоаварий, где отмечается дата, время, место, характер аварии, ФИО пострадавшего лица и проведенные мероприятия;
 3. Все медицинские работники знают, что нужно делать в случае возникновения биоаварий.

Оценка выполнения стандарта.

1. В прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, лаборатории, ЦСО и операционных ОЗ проверяется наличие аптечек на случай возникновения биоаварий и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения в соответствии с требованием стандарта.
2. Проверяется наличие журналов регистрации случаев биоаварий и правильность их заполнения.
3. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о действиях при возникновении биоаварий и о передаче информации о произошедших случаях биоаварий.

Стандарт 2.25.(А) Имеется аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.

Требования стандарта.

В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения КР:

- в доврачебных, прививочных, процедурных, манипуляционных/перевязочных кабинетах, операционных, кабинетах врачей и диагностических кабинетах ОЗ имеется укомплектованная аптечка для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи.
- медицинские работники знают, что нужно делать при возникновении неотложных состояний у пациентов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие аптечек для оказания неотложной (экстренной) медицинской помощи и их укомплектованность необходимыми лекарственными препаратами в соответствии с требованием стандарта.
2. Путем собеседования с персоналом, оценивается их знания о правилах оказания неотложной (экстренной) помощи пациентам.

Стандарт 2.26.(Б) Обеспечивается безопасность персонала и пациентов при проведении рентгенологических исследований.

Требования стандарта.

1. К работе на рентгеновских аппаратах/проведению лучевой диагностики допускаются лица, прошедшие специальную после дипломную подготовку/специализацию по рентгенологии.
2. В рентгеновском/флюорографическом кабинете стены, полы и потолки покрыты бариевой краской для экранирования радиационного излучения.
3. Имеются СИЗ от ионизирующего излучения (просвинцованное стекло Эсу, фартуки нагрудные, юбки, перчатки из просвинцованной резины).
4. Осуществляется индивидуальный дозиметрический контроль лучевой нагрузки персонала в рентгеновском кабинете. Каждый сотрудник

рентгеновского/флюорографического кабинета использует индивидуальный дозиметр. Осуществляются регулярные дозиметрические измерения (считывания) с индивидуальных дозиметров с целью определения доз облучения персонала, имеются подтверждающие документы.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие специальной подготовки/специализации у лиц, осуществляющих рентгеновские диагностические исследования (лучевую диагностику).
2. Выясняется факт баритирования стен, полов и потолков.
3. Проверяется наличие СИЗ от ионизирующего излучения у лиц, осуществляющих рентгеновские диагностические исследования, в соответствии с требованиями стандарта.
4. Проверяется наличие рабочих индивидуальных дозиметров у персонала. Проверяется наличие подтверждающих документов о проведении дозиметрических измерений с индивидуальных дозиметров персонала.

Стандарт 2.27.(А) Соблюдаются правила безопасности при сборе медицинских отходов внутри структурных подразделений.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых документов системы здравоохранения КР в ОЗ соблюдаются правила безопасности при сборе медицинских отходов внутри структурных подразделений:

1. Определен технический персонал, ответственный за сбор и удаление медицинских отходов в каждом структурном подразделении ОЗ, который прошел необходимый инструктаж и обучение по безопасной работе с медицинскими отходами.
2. В ОЗ имеются и на видном месте вывешены правила и инструкции для технического персонала, вовлеченного в обращение с медицинскими отходами.
3. Сбор медицинских отходов в местах их образования (структурных подразделениях/кабинетах ОЗ) осуществляется в течение рабочей смены.
4. Система сортировки/маркировки отходов в соответствующие емкости соответствует требованиям нормативных правовых документов системы здравоохранения КР.
5. Емкость с медицинскими отходами заполняют не более чем на 3/4. Не утрамбовывают;
6. При обращении с медицинскими отходами технический персонал использует средства индивидуальной защиты: халаты/комбинезоны, хозяйственные перчатки, резиновая обувь, респиратор/маска, халат, фартук, очки, чепчик;
7. После манипуляций с медицинскими отходами и снятия перчаток, технический персонал осуществляет гигиену рук.
8. В ОЗ имеется график выноса медицинских отходов из структурных подразделений ОЗ, утвержденный главным врачом
9. В ОЗ имеется журнал учета и регистрации аварийных ситуаций, связанных с обращением медицинских отходов.

Оценка выполнения стандарта.

1. Осуществляется обход структурных подразделений, проверяется наличие персонала, ответственных за сбор и удаление медицинских отходов, утвержденных правил и инструкций по работе с медицинскими отходами в каждом структурном подразделении.
2. Методом визуального наблюдения проверяется соблюдение правил безопасности при сборе/сортировке/маркировке медицинских отходов, а также, правил использования средств индивидуальной защиты в соответствии с требованием стандарта.
3. Проводится опрос персонала на предмет знания правил безопасности при работе с медицинскими отходами.

4. Проверяется наличие графика выноса медицинских отходов из структурных подразделений ОЗ и журнал учета и регистрации аварийных ситуаций, связанных с обращением медицинских отходов в ОЗ.

Стандарт 2.28.(Б) Соблюдаются правила безопасности при транспортировке медицинских отходов.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения в ОЗ соблюдаются следующие правила безопасности транспортировки медицинских отходов к месту их временного хранения и/или в пункт обеззараживания/обезвреживания:

1. Транспортировка общих неопасных медицинских отходов класса «А» осуществляется в многоразовых контейнерах или одноразовых пакетах и перегружается в маркированные контейнеры для данного класса медицинских отходов, установленные на специальной площадке.
2. Транспортировка опасных медицинских отходов класса «Б» к месту их временного хранения или в пункт обеззараживания/обезвреживания осуществляется в герметично закрывающихся емкостях/контейнерах с крышками, имеющих знак «Биологической опасности».
3. При транспортировке медицинских отходов персонал несет не более одной тары в руке.
4. При транспортировке медицинских отходов персонал использует технические перчатки и проколостойкую закрытую обувь.
5. Персонал знает порядок действий в случае разлива/россыпи опасных медицинских отходов
6. Имеется и соблюдается поточность (схема) движения медицинских отходов на территории ОЗ.
7. Накопление и временное хранение необеззараженных медицинских отходов класса «Б» более 24 часов допускается только в холодильных или морозильных камерах.
8. Имеются герметичные (непротекаемые) контейнеры с плотно закрывающимися крышками для временного хранения медицинских отходов вне структурных подразделений ОЗ. Контейнеры для сбора медицинских отходов имеют соответствующую маркировку (для медицинских отходов).
9. Контейнеры для временного хранения медицинских отходов после их освобождения дезинфицируются в соответствии с установленными требованиями.
10. В ОЗ имеется график вывоза медицинских отходов с территории ОЗ, утвержденный руководителем ОЗ.
11. Транспортировка опасных медицинских отходов класса «Б» за пределы ОЗ производится специально оборудованным санитарным транспортом, имеющим соответствующую маркировку.

Оценка выполнения стандарта.

1. Осуществляется наблюдение за транспортировкой медицинских отходов к месту их временного хранения и/или в пункт обеззараживания/обезвреживания, проводится осмотр контейнеров для сбора и временного хранения медицинских отходов, оценивается соблюдение правил безопасности транспортировки медицинских отходов в соответствии с требованиями стандарта.
2. Осуществляется опрос сотрудников, ответственных за транспортировку медицинских отходов, оценивается знание ими правил безопасности при транспортировке медицинских отходов.
3. Проверяется наличие графика вывоза медицинских отходов с территории ОЗ, утвержденного руководителем ОЗ и специально оборудованного санитарного

транспорта для вывоза опасных медицинских отходов класса «Б» за пределы ОЗ.

Стандарт 2.29.(Б) Соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями нормативных правовых и нормативных документов системы здравоохранения КР в ОЗ соблюдаются правила обработки и уничтожения медицинских отходов:

1. Для обработки и уничтожения твердых медицинских отходов используют один из следующих методов:
 - обработку текучим паром в специально выделенном для этого автоклаве;
 - микроволновую обработку (при наличии специального оборудования);
 - обработку дезинфектантами;
2. Для обработки и уничтожения жидких медицинских отходов используют:
 - обработку дезинфектантами.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится наблюдение за проведением работ по обработке и уничтожению медицинских отходов, оценивается соответствие их требованиям стандарта. Осуществляется опрос сотрудников, осуществляющих проведение работ по обработке и уничтожению медицинских отходов, оценивается знание ими правил обработки и уничтожения медицинских отходов.

Стандарт 2.30.(Б) Имеются условия для соблюдения гигиены персонала.

Требования стандарта.

В каждом лечебно-диагностическом кабинете, процедурных и манипуляционных кабинетах, ЦСО, пункте автоклавирования и временного хранения медицинских отходов, санитарных узлах ОЗ имеются умывальные раковины, подключенные к централизованной системе водоснабжения и канализации

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход структурных подразделений ОЗ, проверяется наличие условий для соблюдения гигиены персонала, оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 2.31.(В) Соблюдаются правила сбора и транспортировки белья и защитной одежды сотрудников.

Требования стандарта.

1. Имеется документированная процедура (письменная инструкция) по сбору, транспортировке и хранению белья и защитной одежды сотрудников.
2. Использованное белье и защитную одежду сотрудников собирают в мешки из непромокаемого материала или емкости с крышками, непосредственно на местах его использования.
3. Чистое и грязное белье хранят и транспортируют отдельно.
4. Контейнеры для грязного и чистого белья промаркированы.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие документированной процедуры (письменной инструкции) по сбору, транспортировке и хранению белья и защитной одежды сотрудников. Оценивается соблюдение правил сбора и транспортировки белья в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 2.32.(В) Соблюдаются правила стирки, сушки, упаковки, хранения белья и защитной одежды сотрудников

Требования стандарта.

1. Имеется график стирки и письменные инструкции (настенные постеры) по стирке, сушке, упаковке и хранению белья и защитной одежды персонала.
2. Технический персонал, осуществляющий стирку, сушку, упаковку и хранение белья и защитной одежды персонала, обучен правилам безопасности при работе со специальной техникой и использует средства индивидуальной защиты:
 - хозяйственные перчатки;
 - пластиковые фартуки;
 - резиновую обувь.
3. Для стирки белья и защитной одежды персонала используется специальная техника и моющее средство.
4. Выстиранное белье и защитную одежду персонала сушат на воздухе (место для сушки удалено от источников загрязнения атмосферного воздуха) и/или в сушильной камере.
5. Чистое белье и защитная одежда персонала хранится в чистом, закрытом помещении на стеллажах или чистых промаркированных контейнерах.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие графика и письменных инструкций по стирке, сушке, упаковке и хранению белья и защитной одежды персонала.
2. Проводится опрос технического персонала на предмет знаний о правилах стирки, сушки, упаковки и хранения белья и защитной одежды персонала.
3. Путем визуального наблюдения оценивается выполнение правил стирки, сушки, упаковки и хранения белья и защитной одежды персонала, а также использование защитных средств техническим персоналом.

Блок III. «Качество медицинских услуг»

Доступность медицинских услуг

Стандарт 3.1. (В) Медицинские услуги доступны.

Требования стандарта.

1. Медицинские услуги предоставляются населению/пациентам независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности, места проживания, политических убеждений, социального статуса и материального положения, а также иных немедицинских факторов.
2. Медицинские услуги экономически доступны (обеспечивается бесплатный/льготный доступ населения/пациентов к медицинским услугам и обеспечению лекарственными препаратами в соответствии с Программой государственных гарантий и другими нормативными правовыми актами КР).
3. Пациенты осведомлены о праве на бесплатное/льготное получение медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий и другими нормативными правовыми актами КР.

Оценка выполнения стандарта.

В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие информационных стендов с Программой государственных гарантий. Проводится анкетирование пациентов на предмет

их осведомленности о праве на бесплатное/льготное получение медицинских услуг в соответствии с Программой государственных гарантий.

Стандарт 3.2.(В) Предоставляется информация об ОЗ и о доступе к услугам.

Требования стандарта.

1. Предоставляется необходимая информация пациентам/населению об ОЗ и о доступе к услугам (место размещения/адрес, график работы, перечень оказываемых медицинских услуг, финансовые аспекты медицинских услуг, правила подготовки к диагностическим исследованиям, время выдачи результатов диагностических исследований, информация о персонале/специалистах, время приема и др.).
2. Вышеуказанная информация представлена на государственном и официальном языках в печатном и/или электронном формате на интернет-сайте ОЗ, информационных стендах ОЗ/структурных подразделений, регулярно обновляется/актуализируется.
3. Имеется план расположения структурных подразделений ОЗ и система указателей для пациентов и посетителей. План расположения и система указателей понятны для пациентов и посетителей, расположены на видных и доступных местах.
4. Предоставляемая информация пациентам об ОЗ и доступе к услугам регулярно обновляется/актуализируется.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится изучение содержания интернет-сайта, информационных стендов.
2. Проверяется наличие план расположения структурных подразделений ОЗ и системы указателей в соответствии с требованиями стандарта.
3. Оценивается актуальность информации, ее доступность для пациентов.

Стандарт 3.3.(В) Медицинская помощь доступна для пациентов с ограниченными возможностями.

Требования стандарта.

1. Имеется система предварительной записи по телефону на прием к врачу для пациентов с ограниченными возможностями.
2. Предусмотрены пандус с поручнями при входе с улицы в ОЗ, кнопка вызова и/или телефон дежурного персонала (на входной двери ОЗ) и лифты для пациентов с ограниченными возможностями передвижения.
3. Организовано дежурство персонала в холле ОЗ с целью консультаций и оказания помощи при передвижении пациентам с ограниченными возможностями по ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Выясняется наличие системы:
 - предварительной записи на прием к врачу для пациентов с ограниченными возможностями;
 - дежурства персонала в ОЗ с целью консультаций и оказания помощи при передвижении пациентам с ограниченными возможностями по ОЗ.
2. Проводится визуальный осмотр здания учреждения, оценивается выполнение требований стандарта (наличие пандуса с поручнями, системы вызова дежурного персонала, лифта).

Стандарт 3.4.(В) Время ожидания приема специалистами ОЗ приемлемо для пациентов.

Требования стандарта.

1. Первичная оценка состояния пациентов проводится сразу по прибытию в ОЗ в смотровом/доврачебном кабинете. Имеется персонал, ответственный за первичную

- оценку состояния пациентов, который обучен данной процедуре, и способен осуществлять первичную оценку пациентов
2. Ожидание пациентами приема врача не превышает 30 минут.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем опроса персонала и осмотра доврачебного кабинета выясняется наличие механизма первичной оценки пациентов сразу по прибытию в ОЗ в доврачебном кабинете.
2. Проводится анкетирование пациентов на предмет времени ожидания приема врача.

Стандарт 3.5.(В) Медицинское обслуживание учитывает языковые барьеры, культурные традиции и религиозные убеждения пациентов.

Требования стандарта.

1. ОЗ выявляет наличие барьеров при оказании медицинской помощи пациентам (пожилые люди, люди с ограниченными возможностями, лица, не владеющие государственным и официальными языками и имеющие национальные/культурные особенности/традиции) и стремится к их минимизации.
2. Информация для пациентов на стендах представлена на государственном, официальном языках и на других языках (при необходимости). С пациентами и его семьей общаются на языке, который им понятен.
3. Персонал ОЗ информирован о национальных/культурных традициях и религиозных убеждениях различных обслуживаемых этнических групп пациентов (проводится определенное обучение персонала) и с уважением к ним относится.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем собеседования с персоналом ОЗ оценивается проведение работы в ОЗ по выявлению барьеров при оказании медицинской помощи пациентам.
2. Проверяется наличие информационных стендов для пациентов на государственном, официальном и других языках.
3. Проводится анкетирование и опрос пациентов на предмет наличия (или отсутствия) языковых барьеров во время медицинского обслуживания в ОЗ.
4. Берется интервью у пациентов (проводится анкетирование пациентов) о соблюдении этических норм в отношении принадлежности пациентов к различным национальностям/этносам и религиозным конфессиям.

Стандарт 3.6.(В) Персонал ОЗ четко идентифицирован.

Требования стандарта.

1. В ОЗ разработаны правила идентификации персонала, где определены требования к внешнему виду персонала, специальному медицинскому обмундированию, бейджам.
2. Медицинские работники со средним медицинским образованием имеют отличительную от врачей форму одежды установленного образца.
3. У каждого медицинского работника имеется бейджик с указанием фамилии, имени, отчества и должности врача или медицинской сестры.
4. Вспомогательный и технический персонал имеет специальную форму.

Оценка выполнения стандарта.

Посредством наблюдения за персоналом и опроса персонала проверяется выполнение требований стандарта.

Медицинское обслуживание непрерывно

Стандарт 3.7.(В) Обеспечивается преемственность с другими ОЗ.

Требования стандарта.

1. ОЗ обеспечивает наличие бесперебойно функционирующего механизма приема информации из стационара о выписке новорожденного и родильницы для организации их патронажа на дому (телефонограммы, передача сведений через физические лица и др.) в соответствии с установленными требованиями.
2. В соответствии с установленными требованиями имеется механизм, обеспечивающий своевременность поступления обменных карт родильницы и новорожденного, выписок из медицинских карт стационарного больного с информацией о пациентах для организации амбулаторного наблюдения.
3. Отслеживаются и анализируются дефекты оформления медицинской документации на пациентов, выписанных из стационара, для первичного уровня, расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинических/окончательных диагнозов, выставленных пациенту в стационаре.
4. Оформляются дефектные карты при наличии дефектов в вопросах преемственности. Имеются протоколы совместных разборов дефектов в вопросах преемственности между амбулаторно-поликлиническими ОЗ и стационаром.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем опроса соответствующего/ответственного персонала и пациентов, проверки соответствующей документации (журнал регистрации телефонограмм) проверяется наличие:
 - бесперебойно функционирующего механизма приема информации из стационара о выписке новорожденного и родильницы для организации их патронажа на дому.
 - механизма, обеспечивающего своевременность поступления обменных карт родильницы и новорожденного, выписок из медицинских карт стационарного больного.
2. Путем экспертизы первичной медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, история развития ребенка) проверяется наличие обменных карт родильницы и новорожденного, выписок из медицинских карт стационарного больного.
3. В отчетах ОЗ проверяется наличие анализа дефектов оформления поступающей из стационара медицинской документации, необоснованных направлений на госпитализацию, расхождения диагнозов при направлении в стационар и клинических/окончательных диагнозов, выставленных пациенту в стационаре.
4. Кроме того, проверяется наличие дефектных карт при наличии дефектов в вопросах преемственности и копии протоколов совместных разборов дефектов преемственности между амбулаторно-поликлиническими ОЗ и стационаром.

Стандарт 3.8.(В) Медицинское обслуживание пациентов скоординировано с различными службами ОЗ.

Требования стандарта.

1. Существуют правила относительно времени проведения консультаций пациентов узкими специалистами (консультантами), проведения диагностических исследований пациента и получения результатов этих исследований.
2. Имеется механизм обратной связи между врачами подразделений и диагностическими службами/кабинетами (по вопросам соответствия результатов диагностических исследований клинике заболевания, своевременности проведения диагностических исследований и получения их результатов).

3. Имеется механизм передачи информации соответствующим специалистам о заболеваниях, приписанного населения, выявленных при проведении медицинских осмотров (декретированного контингента, школьников).

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем опроса персонала и пациентов изучается и оценивается наличие правил консультаций пациентов узкими специалистами, проведения диагностических исследований пациентов и получения результатов этих исследований.
2. Путем опроса персонала выясняется наличие механизма обратной связи между врачами подразделений и диагностическими службами/кабинетами.
3. Путем опроса персонала выясняется наличие механизма передачи информации соответствующим специалистам о заболеваниях приписанного населения, выявленных при проведении медицинских осмотров.

Стандарт 3.9.(Б) Обеспечивается непрерывность медицинского наблюдения за пациентами.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями законодательства КР и нормативных правовых документов МЗКР в ОЗ непрерывность медицинского обслуживания включает следующие аспекты:

1. Непрерывное динамическое медицинское наблюдение осуществляется за:
 - беременными женщинами;
 - здоровыми и больными детьми;
 - пациентами с хроническими не инфекционными заболеваниями (мониторимыми заболеваниями);
 - больными с туберкулезной инфекцией и онкологическими заболеваниями.
2. Динамическое медицинское наблюдение на дому осуществляется за пациентами, находящимися в тяжелом состоянии, новорожденными и больными детьми, а также пожилыми пациентами и лицами с ограниченными возможностями/инвалидов (включая медико-социальный патронаж).
3. Медицинское обслуживание пациентов осуществляют лица, имеющие соответствующее медицинское образование и квалификацию (специалисты семейной медицины и узкие специалисты) и несущие непосредственную ответственность за качество оказываемых медицинских услуг пациентам.

Оценка выполнения стандарта.

Путем экспертизы медицинской документации (проверка наличия и информативность соответствующих записей) проверяется и оценивается непрерывность медицинского обслуживания в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.10.(В) Обслуживание пациентов скоординировано между ОЗ и органом социальной защиты.

Требования стандарта.

В соответствии с требованиями законодательства КР и нормативных правовых документов МЗКР:

- ОЗ имеет список (заверенный в органе социальной защиты) граждан, состоящих на учете в органах социальной защиты, имеющих право на льготное медицинское обслуживание, в том числе нетранспортабельных пациентов, нуждающихся в медицинском наблюдении и уходе на дому;

- обеспечивается льготное обслуживание граждан, состоящих на учете в органах социальной защиты, в том числе организовано медицинское наблюдение и уход на дому за нетранспортабельными пациентами.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие списка граждан, имеющих право на льготное медицинское обслуживание, заверенного в органе социальной защиты.
2. Оценивается выполнение требованиями законодательства КР и нормативных правовых документов МЗКР по обеспечению льготной категории граждан КР медико-санитарной помощью.

Регистрация пациентов и медицинские записи

Стандарт 3.11.(В) Первичная медицинская документация по ведению пациентов стандартная, содержит необходимую информацию и обеспечивает полную идентификацию пациентов.

Требования стандарта.

1. Используются стандартные, утвержденные формы медицинской документации по ведению пациентов, которые являются основными медицинскими, финансовыми и юридическими документами, отражающие весь процесс медицинского обслуживания пациентов в ОЗ:
 - медицинская карта амбулаторного больного;
 - индивидуальная карта беременной и родильницы;
 - история развития ребенка;
 - медицинская карта стоматологического больного;
 - медицинская карта стоматологического больного ортопедического профиля.
2. Первичная медицинская документация по ведению пациентов содержит оформленную в хронологическом порядке всю информацию, по медицинскому обслуживанию пациентов, включая:
 - идентификационный номер пациента при его регистрации в организации (номер медицинского документа);
 - паспортную часть (фамилия, имя, отчество пациента, пол, дата рождения, место жительства);
 - серия и номер документа (паспорт, свидетельство о рождении), удостоверяющего личность пациента с персональным идентификационным номером;
 - описание жалоб пациента;
 - анамнез, включая аллергический анамнез;
 - данные объективного исследования;
 - предварительный и клинический диагнозы с обоснованием;
 - план ведения/медицинского обслуживания пациентов;
 - записи о результатах диагностических исследований и осмотра консультантов/узких специалистов;
 - данные динамического наблюдения (дневники, этапные эпикризы) за пациентами;
 - все инциденты, несчастные случаи и побочные действия медицинских вмешательств;
 - условные обозначения предупреждений/оповещений;
3. Записи в медицинской документации разборчивы, без сокращений (за исключением общепринятых аббревиатур), датированы, заполнены и подписаны лицами, курирующими пациентов и несущие непосредственную ответственность за качество оказываемых услуг пациентам.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие стандартных, утвержденных форм медицинской документации по ведению пациентов в соответствии с требованиями стандарта.
2. Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов, проверяется наличие необходимых записей в соответствии с требованием стандарта.
3. Оценивается качество ведения записей (разборчивость, отсутствие сокращений, наличие дат, подписей).

Стандарт 3.12.(В) Медицинские записи о динамическом наблюдении за пациентами соответствуют установленным требованиям.

Требования стандарта.

1. Записи о динамическом наблюдении за пациентами (дневники, этапные эпикризы) в медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, индивидуальная карта беременной и родильницы, история развития ребенка) информативные, отражают динамику состояния пациента (течение и исход заболевания), включают интерпретацию результатов диагностических исследований/консультаций, динамику развития ребенка, беременности, обоснование диагноза и лечения (если это необходимо).
2. Все записи имеют атрибуты формализации – датированы, подписаны лицами, курирующими пациента.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации, оценивается полнота и информативность записей в соответствии с требованием стандарта

Стандарт 3.13.(В) План медицинского обслуживания соответствует состоянию пациента и его потребностям.

Требования стандарта.

1. Данные о предыдущем медицинском обслуживании пациентов в ОЗ и лечении пациентов в стационаре доступны и приняты во внимание для составления плана медицинского обслуживания пациента.
2. Потребности пациента (сопутствующие заболевания, болевой синдром, эмоциональное и физическое состояние, риски, потребность в определенной диете, коммуникабельные особенности и пр.) идентифицированы и учтены в плане медицинского обслуживания в медицинских картах (индивидуальной карте беременной и родильницы, истории развития ребенка) и корректируются, если это необходимо.
3. План ведения/медицинского обслуживания пациентов подробный, четкий, конкретный, обоснованный и содержит основные аспекты медицинского обслуживания пациентов исходя из основного диагноза, сопутствующих заболеваний и состояния пациента (эмоциональное и физическое состояние, болевой синдром, коммуникативные особенности и др.):
 - объем диагностических исследований;
 - объем лечебных мероприятий (лечение с обоснованием назначения лекарственных препаратов);
 - риски медицинских вмешательств;
 - специальная/соответствующая диета (если это необходимо).
4. При необходимости производится пересмотр потребностей услуг пациентов, и вносятся необходимые коррективы в план ведения/медицинского обслуживания пациентов.

5. В случае если ожидается летальный исход, план ведения/медицинского обслуживания пациентов включает подготовку пациента и членов его семьи к подобному исходу, устранение боли, эмоциональной подавленности и других симптомов.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, индивидуальная карта беременной и родильницы, история развития ребенка), оценивается выполнение требований стандарта по составлению плана ведения/медицинского обслуживания пациентов.

Стандарт 3.14.(В) Клинический диагноз выставлен своевременно и правильно обоснован.

Требования стандарта.

1. Обеспечивается своевременное обоснование клинического диагноза.
2. Диагноз полный, соответствует МКБ – 10. В обосновании клинического диагноза содержатся только те данные, которые четко подтверждают выставленный диагноз.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт, оценивается выполнение требований стандарта. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Обеспечение прав пациентов

Стандарт 3.15.(В) Пациенты информированы о своих правах и свободах, а также системе разбора претензий.

Требования стандарта.

В ОЗ на государственном и официальном языках имеется стенд содержащий информацию о:

1. Правах пациентов (в соответствии с законодательством КР и ВОЗ);
2. Системе получения и рассмотрения претензий пациентов и их родственников, связанных с медицинским обслуживанием пациентов;
3. Должностных лицах ОЗ, к которым могут обратиться пациенты при возникновении претензий по вопросам их медицинского обслуживания (фамилии, имена, отчества, должность, номера телефонов);
4. Возможности пациентов обращаться с жалобой в соответствующие общественные организации по защите прав пациента либо в суд при неудовлетворенности пациентов результатами разбора жалоб в ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход ОЗ, проверяется наличие и объем информации на стендах в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 3.16.(В) Информация о пациенте приватна и конфиденциальна, защищена от потери или неправильного использования.

Требования стандарта.

1. В документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (Кодекс ценностей и этических принципов при осуществлении профессиональной деятельности) декларированы гарантии пациентам на приватность и конфиденциальность информации, связанной с медицинским обслуживанием в ОЗ.

2. Информация о пациенте в медицинской документации не доступна посторонним лицам, документация хранится в регистратуре (если с документацией не работает медицинский персонал).
3. Конфиденциальная информация о пациенте передается в другие инстанции (уполномоченным лицам) по официальному запросу, имеющим законное обоснование.
4. Раскрытие конфиденциальной информации о пациентах их семьям и другим организациям осуществляется только после получения согласия пациентов.
5. Все медицинские сотрудники информированы об ответственности за несоблюдение правил приватности и конфиденциальности информации связанной с медицинским обслуживанием пациента в ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается наличие гарантий пациентам на приватность и конфиденциальность информации, связанной с медицинским обслуживанием, в документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
2. Проводится опрос/анкетирование сотрудников и пациентов в области соблюдения приватности и конфиденциальности информации, связанной с медицинским обслуживанием пациентов в ОЗ.
3. Оценивается правильность хранения медицинских карт в соответствии с требованием стандарта и возможный риск утечки информации о пациенте посторонним лицам.

Стандарт 3.17.(В) Пациенту гарантируется неприкосновенность частной жизни, уважение его чести и достоинства.

Требования стандарта.

1. Факт обращения граждан за медицинской помощью, состояние его здоровья, диагноз, оказанная медицинская помощь и иные сведения, полученные при медицинском обслуживании пациентов, составляют врачебную/медицинскую тайну, гарантируемую ОЗ.
2. Смерть пациента не освобождает медицинских работников от обязанности хранить врачебную/медицинскую тайну. Разглашение врачебной/медицинской тайны допускается в случаях, предусмотренных законодательством КР.
3. В документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности (Кодекс ценностей и этических принципов при осуществлении профессиональной деятельности) декларированы гарантии пациентам на неприкосновенности частной жизни, уважение их чести и достоинства, сохранении врачебной/медицинской тайны при медицинском обслуживании в ОЗ.
4. Все медицинские сотрудники информированы об ответственности за реализацию прав пациентов в области неприкосновенности частной жизни, уважения чести и достоинства пациентов, сохранения врачебной/медицинской тайны.

Оценка выполнения стандарта.

1. Оценивается наличие гарантий пациентам на неприкосновенности частной жизни уважение их чести и достоинства при медицинском обслуживании, в документе ОЗ, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения сотрудников/персонала при осуществлении профессиональной деятельности.
2. Проводится опрос/анкетирование сотрудников и пациентов оценивается информированность последних, а также выполнение установленных требований по вопросам неприкосновенности частной жизни пациентов, уважение их чести и достоинства, сохранения врачебной/медицинской тайны.

Стандарт 3.18.(В) ОЗ обеспечивает права пациента, связанные с процессом медицинского обслуживания.

Требования стандарта.

1. Обеспечивается право пациента на выбор лечащего врача, альтернативные виды медицинских услуг, отказ от лечения (прерывание лечения), информацию о своем здоровье:
 - пациенты (родственники, родители, опекуны) проинформированы обо всех предложенных медицинских процедурах/вмешательствах (об их пользе и риске), условиях их оказания (часы проведения, ограничение вредных привычек, финансовые аспекты), об альтернативных методах лечения или диагностики, и дают свое согласие на предложенные процедуры;
 - ОЗ уважает желание/предпочтение пациентов и информирует пациентов (их семьи, опекунов) об их правах и обязанностях в соответствии с законодательством КР, относящихся к отказу или прерыванию лечения;
 - пациент получает необходимую информацию о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей. Если эта информация может нанести существенный вред больному, она сохраняется от него в секрете и об этом оповещаются его близкие родственники.
2. Участие пациента в научных и медицинских экспериментах осуществляется только с его письменного согласия.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится анкетирование пациентов на предмет обеспечения их прав на выбор лечащего врача и альтернативные виды медицинских услуг, их информированности обо всех получаемых медицинских процедурах, условиях их оказания, даче согласия на проводимые процедуры и участие в научных и медицинских экспериментах.

Стандарт 3.19.(В) При проведении манипуляций, связанных с риском, берется письменное согласие пациента.

Требования стандарта.

1. При проведении диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском (хирургические вмешательства/манипуляции, диагностические исследования, связанные с риском), пациенты получают полную информацию о возможных побочных эффектах и осложнениях вмешательств и дают письменное согласие на их проведение, а также на проведение тестирования на ВИЧ/СПИД.
2. Согласие на проведение диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском в отношении лиц, не достигших возраста 16 лет, дают их родители или законные представители.

Оценка выполнения стандарта.

В соответствующей медицинской документации проверяется наличие письменных согласий пациентов или их родителей на проведение диагностических и лечебных манипуляций, связанных с риском.

Стандарт 3.20.(В) Оценивается удовлетворенность пациентов, их претензии принимаются во внимание. Существует система для рассмотрения жалоб пациентов.

Требования стандарта.

1. В ОЗ функционируют механизмы обратной связи с пациентами (прием официальной корреспонденции от пациентов - письма, жалобы, предложения, а также механизмы

- получения анонимной корреспонденции - анонимный ящик, телефон доверия, анкетирование).
2. Вся официальная корреспонденция от граждан (письма, жалобы, предложения) зарегистрирована и оценена/проанализирована ответственными лицами (Органом УК), имеются документы подтверждающие факт разбора/оценки (например, протоколы).
 3. Принимаются адекватные меры по результатам официального разбора/оценки корреспонденция от граждан, направленные на улучшение качества медицинского обслуживания. Пациентам предоставляется официальный письменный ответ на жалобы.
 4. Жалобы/претензии/предложения пациентов, полученные анонимно (корреспонденция анонимных ящиков, результаты анкетирования, телефонограммы от пациентов) принимаются во внимание, разбираются/оцениваются на собраниях персонала.
 5. Данные результатов разбора/оценки жалоб/претензий/предложений пациентов, полученных анонимно анализируются и используются для улучшения работы. Заинтересованные подразделения/сектора деятельности ОЗ информированы о претензиях пациентов и принимают меры для улучшения деятельности.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие механизмов обратной связи с пациентами (анонимный ящик, телефон доверия, анкетирование). Оценивается фактическая организация работы по разбору анонимной и официальной корреспонденции от пациентов и ее использования для улучшения работы. Проводится опрос/анкетирование персонала ОЗ об их информированности о претензиях пациентов и принятии мер для улучшения деятельности.

Адекватность медицинских услуг

(медицинское обслуживание беременных, детей, пациентов с хроническими не инфекционными заболеваниями, туберкулезом и стоматологические услуги)

Стандарт 3.21.(В) Пациентам предоставляется санитарно-просветительский наглядный материал.

Требования стандарта.

ОЗ оснащена санитарно-просветительским наглядным материалом для пациентов (информационные стенды, памятки, плакаты буклеты/брошюры, который включает информацию:

- об опасных признаках при различных заболеваниях и состояниях, в том числе у беременных и новорожденных;
- о профилактических мероприятиях для предотвращения различных заболеваний;
- о здоровом образе жизни;
- о правильном питании;

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ/структурных подразделениях проверяется наличие санитарно-просветительского наглядного материала в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 3.22.(Б) Проводится антенатальное обучение беременных женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.

Требования стандарта.

1. В КУЗ/отделении проводится антенатальное обучение беременных женщин в области психологической и физической подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком. Обучение беременных женщин проводится в виде групповых занятий и индивидуальных консультаций, имеются записи о проведенных

занятиях в соответствующей медицинской документации (индивидуальная карта беременной, обменная карта беременной, журнал учета/регистрации обучения и протоколы обучения).

2. Тематика занятий/консультирования по аспектам грудного вскармливания соответствует программе «ИБДОР», имеются наглядные пособия по предмету обучения беременных женщин.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется медицинская документация (индивидуальные карты беременных, обменные карты беременных, журнал учета/регистрации обучения и протоколы обучения) на предмет наличия записей о проведенных занятиях/консультациях с беременными в соответствии с требованием стандарта.
2. Проводится анкетирование (и/или собеседование) беременных женщин и матерей на предмет проведения с ними антенатального обучения в области психологической и физической подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.

Стандарт 3.23.(А) Осуществляется правильное планирование профилактических прививок.

Требования стандарта.

Составление планов профилактических прививок (перспективный/годовой и ежемесячные планы) проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утвержденным нормативным документом МЗКР.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются:

- журнал ежемесячного планирования и учета профилактических прививок;
- карты профилактических прививок (ф. 063/у)
- отчет по возрастному составу населения;
- перспективный план профилактических прививок,

оценивается правильность составления планов профилактических прививок (соблюдение запланированных сроков проведения профилактических прививок) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утвержденным нормативными документами МЗКР.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.24.(А) Осуществляется правильное составление отчетов о проведении иммунизации.

Требования стандарта.

1. В соответствии с требованиями нормативных документов МЗКР в ОЗ составляются отчеты (ежемесячные, ежеквартальные, полугодовые и годовой) о проведении иммунизации.
2. В годовых конъюнктурных отчетах ОЗ и ГСВ имеются данные о выполнении плана прививок в процентном выражении, с проведением анализа выполнения годового плана прививок.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие отчетов о проведении иммунизации населения в соответствии с требованием стандарта, оценивается правильность их составления на основе сверки с журналом ежемесячного планирования профилактических прививок.
2. Проверяется наличие анализа прививочной работы в конъюнктурных ОЗ и ГСВ.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.25.(А) Соблюдаются правила организации работы по медицинским отводам от профилактических прививок.

Требования стандарта.

1. Соблюдается правила оформления/установления медицинских отводов от профилактических прививок, а также их отмены в соответствии с требованиями нормативных документов МЗКР:
 - решение об оформлении/установлении длительных и постоянных медицинских отводов от профилактических прививок или их отмене принимается иммунологической комиссией;
 - решение об оформлении/установлении временных медицинских отводов от профилактических прививок или их отмене принимается лечащим врачом и руководителем подразделения.
2. Все медицинские отводы оформлены по показаниям и зафиксированы в соответствующей медицинской документации (ф. № 112/у, ф. 063/у, журнал регистрации длительных и постоянных медицинских противопоказаний к различным видам прививок).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется ф. № 112/у, ф. 063/у и журнал регистрации длительных и постоянных медицинских противопоказаний к различным видам прививок, оценивается выполнение правил по оформлению медицинских отводов от профилактических прививок и их отмене в соответствии с требованиями стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.26.(А) Осуществляется эпидемиологический надзор за поствакцинальными осложнениями.

Требования стандарта.

Проводится эпидемиологический надзор за поствакцинальными осложнениями (далее ПВО) в соответствии с требованиями нормативных документов МЗКР:

- ПВО регистрируется в соответствующей первичной медицинской документации (история развития ребенка);
- информация о ПВО на прививку предоставляется в соответствующей форме (докладная записка, экстренное извещение, отчеты) и установленные сроки соответствующим должностным лицам и компетентным учреждениям;
- проводится оперативное расследование/анализ ПВО в соответствии с установленными правилами, имеются акты/протоколы;
- результаты расследований/анализа расследования/анализа ПВО обсуждены (на клинических конференциях, производственных собраниях) и использованы для улучшения работы (приняты адекватные профилактические мероприятия для их предотвращения).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза историй развития ребенка и другой медицинской документации в соответствии с требованиями стандарта, оценивается выполнение требований стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.27.(А) Соблюдаются правила медицинского наблюдения за женщинами при физиологической и патологической беременности.

Требования стандарта.

Медицинское наблюдение за женщинами при физиологической и патологической беременности, в том числе общий клинический осмотр, акушерский статус, диагностические мероприятия, консультации узких специалистов и лечение (при необходимости), осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР (приказы, клинические протоколы/руководства).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза индивидуальных карт беременных (ф. 111/у) вставших на учет до 12-недель, отобранных случайным образом из базы данных КИФ за последние три года. Оценивается выполнение правил медицинского наблюдения за беременными в соответствии с установленными требованиями. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.28.(А) Дети сразу после выписки из родильного стационара получают доступ к необходимым медико-социальным ресурсам по обеспечению их здоровья и поддержке грудного вскармливания.

Требования стандарта.

1. Матери и новорожденные сразу после выписки из родильного стационара взяты на учет ОЗ/подразделениями ПМСП.
2. Медицинскими работниками ОЗ/подразделениями ПМСП проводится динамическое наблюдение за здоровыми детьми в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР (приказы, клинические протоколы/руководства), включая:
 - посещение медицинскими специалистами на дому (патронажа на дому) матерей и новорожденных в первые трое суток после выписки из стационара и далее в соответствии с установленными требованиями;
 - осмотры семейными врачами и узкими специалистами;
 - лабораторные исследования.
3. Медицинский персонал ОЗ при патронажах на дому и осмотрах в ЦСМ обсуждает с матерями аспекты кормления своих младенцев, начиная сразу после выписки из родильного стационара, проводится регулярная оценка/поддержка грудного вскармливания/кормления и даются необходимые рекомендации.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проводится экспертиза историй развития ребенка (ф. 112/у) детей дошкольного возраста, отобранных случайным образом из базы данных КИФ. Оценивается выполнение правил медицинского наблюдения за детьми дошкольного возраста в соответствии с установленными требованиями, включая оценку по обеспечению надлежащего доступа матерям новорожденных детей к ресурсам по поддержке грудного вскармливания.
2. По доступности, проводится анкетирование матерей на предмет посещения медицинскими специалистами на дому (патронажа на дому) матерей и новорожденных в первые трое суток после выписки из родильного стационара и регулярной оценки/поддержки грудного вскармливания/кормления медицинскими работниками.
3. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт и анкетирования матерей в соответствии с рангом стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.29.(А) Выполняются правила медицинского наблюдения за больными детьми.

Требования стандарта.

В ГСВ имеются блок-схемы медицинского наблюдения, и памятки для матерей по программе «ИВБДВ».

Медицинское наблюдение за больными детьми, в том числе диагностические мероприятия и лечение, осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР (приказы, клинические протоколы/руководства).

Оценка выполнения стандарта.

В ГСВ проверяется наличие блок-схем медицинского наблюдения и памяток для матерей по программе «ИВБДВ». Проводится экспертиза историй развития ребенка (ф. 112/у), оценивается выполнение правил медицинского наблюдения за больными детьми в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.30.(Б) Выполняются правила медицинского наблюдения за взрослыми пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Требования стандарта.

Медицинское наблюдение (мониторинг состояния, диагностические исследования и лечение) за взрослыми пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями (ГБ, КБС, БА, ХОБЛ, сахарный диабет), осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР (приказы, клинические протоколы/руководства). Изменение тактики ведения пациента подробно интерпретируются в медицинских картах амбулаторных больных

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт амбулаторных больных, оценивается выполнение правил медицинского наблюдения за взрослыми пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Стандарт 3.31.(А) Риск передачи туберкулезной инфекции оценен и управляется.

Требования стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР в ОЗ внедрена система сортировки потока пациентов, для быстрого выявления/идентификации пациентов с наличием симптомов воздушно-капельной инфекции, включая далее ТБ:
 - система четко видна или заметна сразу при входе в ОЗ (пост медперсонала в фойе, надписи/таблички);
 - проводится опрос о наличии кашля у всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью;
 - имеется настороженность персонала в отношении возможности наличия туберкулезной инфекции у пациентов с симптомами респираторного заболевания.
2. При выявлении у пациента респираторных симптомов, вызывающих опасение/настороженность (например, кашель более двух недель), имеется алгоритм действий, предупреждающий распространение инфекции (распространения этиопатона):

- пациенты с симптомами респираторного заболевания отделяются от других пациентов и осматриваются (в первую очередь) в доврачебном/смотровом кабинете;
- пациентам объясняют правила поведения при кашле (соблюдение гигиены кашля и респираторной гигиены, необходимость использования средств барьерной защиты).
- имеются информационные стенды о правилах поведения при кашле, доступные для пациентов;
- пациент обеспечивается средствами барьерной защиты (маска, бумажные и матерчатые салфетки),
- время нахождения пациентов с симптомами респираторного заболевания в здании учреждения максимально минимизируется с целью предупреждения инфицирования других посетителей;
- медицинские карты пациентов с симптомами респираторного заболевания подозрительными на ТБ (кашель более 2 недель и др.) особым образом маркируются/помечаются для дальнейшего контроля за проведением диагностических мероприятий в целях уточнения диагноза.

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем осмотра и опроса медицинского персонала выясняется наличие системы сортировки потока пациентов, для быстрого выявления/идентификации пациентов с наличием симптомов воздушно-капельной инфекции, включая туберкулез в соответствии с требованием стандарта.
2. Путем осмотра и опроса медицинского персонала выясняется наличие алгоритма действий, предупреждающего распространение инфекции в соответствии с требованием стандарта.
3. Проверяется наличие доступного информационного стенда о правилах поведения при кашле.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.32.(А) Выполняются установленные правила/алгоритм выявления и диагностики туберкулеза.

Требования стандарта.

В соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР все пациенты, с кашлем более двух недель (без явного улучшения состояния) считаются подозрительными на ТБ и направляются на диагностическое обследование:

- бактериоскопия/микроскопия мокроты;
- рентгенография органов грудной клетки;
и/или
- быстрый молекулярный тест (Xpert MTB/RIF) мокроты).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза медицинских карт пациентов больных туберкулезом, оценивается выполнение требований стандарта. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.33.(Б) В целях раннего выявления туберкулеза среди населения осуществляется скрининговые обследования.

Требования стандарта

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР проводится скрининг на туберкулез (флюорографическое обследование) декретированных групп населения и лиц со следующими факторами риска:
 - бронхиальная астма;
 - курение;
 - лечение от ТБ в прошлом;
 - контакт с больным туберкулезом, особенно дети до 5 лет;
 - ХОБЛ;
 - сахарный диабет;
 - злоупотребление алкоголем;
 - медицинский работник;
 - наличие ВИЧ-инфекции;
 - лечение иммунодепрессантами;
 - длительное лечение кортикостероидами;
 - плохое питание;
 - наркомания;
 - лица без постоянного места жительства.
2. Все, у кого флюорография/рентгенография органов грудной клетки выявила изменения, предположительно указывающие на туберкулез, направлены на микробиологическое исследование мокроты (микроскопия, посев на культуру и/или Xpert MTB/RIF)

Оценка выполнения стандарта.

Путем опроса медицинского персонала и проверки медицинской документации (отчеты о проведенных скрининговых обследованиях на туберкулез, первичная медицинская документация) оценивается выполнение требований стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.34.(Б) Болевой синдром у пациентов своевременно идентифицируется, оценивается и управляется.

Требования стандарта.

План медицинского обслуживания пациентов при необходимости следует разработанной в ОЗ документированной процедуре (клиническому руководству/протоколу) по управлению болевым синдромом, включающим:

- выявление у пациентов болевого симптома в течение первичного и повторных осмотров (идентификация/источник/причина и оценка боли);
- включение в план медицинского обслуживания пациентов препаратов для купирования боли согласно документированной процедуре (клиническому руководству/протоколу);
- обучение пациентов и их близких методам купирования боли.

Оценка выполнения стандарта.

В ОЗ проверяется наличие документированной процедуры (или клинического руководства/протокола) по управлению болевым синдромом. Проводится экспертиза медицинских карт пациентов с болевым синдромом (например, с заболеваниями периферической нервной системы), оценивается соответствие методов управления болью требованиям разработанной в организации документированной процедуры (или клиническому руководству/протоколу) по управлению болевым синдромом. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Стандарт 3.35.(В) Соблюдается принцип обоснованности направления на госпитализацию.

Требования стандарта.

Направление на госпитализацию осуществляется в соответствии с показаниями, регламентированными утвержденными нормативными документами МЗКР (клиническими руководствами/ протоколами)

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов (медицинские карты пациентов, направленных на госпитализацию), оценивается обоснованность направлений на госпитализацию в соответствии с утвержденными нормативными документами МЗКР (клиническими руководствами/ протоколами). Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.36.(В) Обеспечивается обоснованность и своевременность направления пациентов на медико-социальную экспертизу.

Требования стандарта.

ОЗ обеспечивает обоснованное и своевременное направление граждан на медико-социальную экспертизу в ОЗ государственной службы медико-социальной экспертизы в соответствии с нормативными правовыми актами КР и утвержденными нормативными документами МЗКР.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов (медицинские карты пациентов, направленных на медико-социальную экспертизу), оценивается обоснованность и своевременность направления граждан на медико-социальную экспертизу в учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы в соответствии с нормативными правовыми актами КР и утвержденными нормативными документами МЗКР. Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Стандарт 3.37.(А) Проводится профилактика стоматологических заболеваний.

Требование стандарта.

1. Проводится обучение населения санитарно-гигиеническим навыкам по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости рта.
2. Проводятся регулярные профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности.
3. Процент осмотренных детей в детских дошкольных учреждениях, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности приближается к 100%.
4. Процент охвата санацией пациентов из числа лиц с заболеваниями полости рта, выявленных при проведении медицинских осмотров приближается к 100%.

Оценка выполнения стандарта.

1. Анализируются отчетные данные, оценивается работа по обучению населения санитарно-гигиеническим навыкам по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости

рта

2. Проверяется наличие списков детей детских дошкольных учреждений, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин вставших на учет по поводу беременности, журнала регистрации прохождения профилактических осмотров. Оценивается полнота охвата профилактическими осмотрами вышеуказанного контингента, количество выявленных лиц с заболеваниями полости рта при проведении профилактических осмотров и процент охвата санацией пациентов из числа лиц с заболеваниями полости рта, выявленных при проведении медицинских осмотров

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.38.(А) Объем и качество терапевтического/консервативного лечения стоматологических заболеваний осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводится терапевтическое лечение следующих стоматологических заболеваний:
 - нарушение развития и прорезывания зубов;
 - кариеса и других болезней твердых тканей зубов;
 - болезней пульпы и периапикальных тканей;
 - гингивита и болезней пародонта;
 - поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой;
 - болезней слюнных желез;
 - стоматита и родственных поражений;
 - болезней губ, языка и лейкоплакии;
 - других заболеваний полости рта, включая симптоматическое лечение проявлений других заболеваний

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного. Оцениваются объем и качество терапевтического лечения стоматологических заболеваний.

Стандарт 3.39.(А) Объем и качество хирургической стоматологической помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводятся следующие вмешательства:
 - удаление зубов;
 - хирургическое лечение нарушения прорезывания зубов;
 - хирургическое лечение болезней периапикальных тканей;
 - хирургическое лечение гингивита и болезней пародонта;
 - хирургическое лечение беззубого альвеолярного края;
 - хирургическое лечение воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей челюстно-лицевой области;
 - хирургическое лечение болезней верхнечелюстного синуса;
 - хирургическое лечение травм рта, зубов, неба, языка, челюстей, десны;

- хирургическое лечение болезней слизистой оболочки рта;
 - извлечение инородных тел ятрогенного происхождения;
 - хирургическое лечение других заболеваний полости рта.
2. Удаление зубов у пациентов проводится в соответствии с показаниями. Нет случаев удаления зубов без показаний.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного. Оцениваются объем и качество хирургического лечения стоматологических заболеваний, а также обоснованность удаления зубов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.40. (А). Объем и качество ортопедической стоматологической помощи осуществляется в соответствии с утвержденными нормативными документами.

Требование стандарта.

1. В соответствии с утвержденными нормативными документами (приказами, стандартами, клиническими протоколами) и современными технологиями проводятся следующие виды ортопедического лечения:
 - ортопедическое лечение дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями зубных протезов;
 - ортопедическое лечение дефектов зубных рядов съемными конструкциями протезов;
 - ортопедическое лечение шинирующими протезами;
 - ортопедическое лечение сложно челюстными протезами, в том числе на имплантатах;
 - ортопедическое лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава.
2. Протезирование зубов у пациентов проводится в соответствии с клиническими показаниями.
3. При мостовидном протезировании обязательным является использование двух опорных зубов (исключая протезирование отсутствующего верхнего бокового резца), соотношение количества коронок и межзубных зубов составляет 1:1,2. Соотношение количества коронок к искусственным зубам составляет 2:1.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются наряды на выполнение стоматологических протезов и конструкций, дневники учета работы зубных техников и стоматологов-ортопедов, медицинские карты стоматологических больных ортопедического профиля, оценивается выполнение требований стандартов.

Стандарт 3.41.(Б) Обеспечивается полное рентгенологическое исследование депульпированных зубов у пациентов.

Требование стандарта.

Проводится стопроцентное рентгенологическое исследование депульпированных зубов, подлежащих покрытию коронками и использованию их в виде опорных пунктов для мостовидных протезов, а также при использовании их для штифтовых конструкций.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяются медицинские карты, листки ежедневного учета работы врача-стоматолога, а также журнал регистрации рентгенологических исследований, оценивается выполнение требований стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.42. (А) При терапевтическом и хирургическом лечении стоматологических заболеваний, а также при оказании ортопедической стоматологической помощи применяются современные и безопасные методы обезболивания/анестезии.

Требования стандарта.

1. Используются современные методы обезболивания/анестезии при:
 - удалении зубов и другом хирургическом лечении стоматологических заболеваний;
 - лечении глубокого кариеса, пульпита, периодонтита;
 - кюретаже десен;
 - чистке зубов от камня и налета;
 - обточке и/или депульпации зубов перед протезированием (ортопедическим лечением);
 - при вживлении имплантатов;
 - и др..
2. Риски введения анестетиков при лечении стоматологических заболеваний оцениваются и управляются:
 - выявление противопоказаний к введению анестетиков (определенные заболевания, аллергия на препарат и др.);
 - проведение лабораторных исследований на переносимость анестетиков;
 - наличие в стоматологических кабинетах противошоковой укомплектованной аптечки, аптечки для экстренных состояний и документированных инструкций на случай возникновения анафилактического шока и экстренных состояний у пациентов на введение анестетиков;
 - обучение персонала по неотложным и экстренным состояниям.

Оценка выполнения стандарта.

Для оценки выполнения стандарта проверяются медицинские карты стоматологического больного, оценивается выполнение требований стандарта.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

диагностические исследования и консультации

Стандарт 3.43.(Б) Выполняется минимально необходимый объем диагностических исследований.

Требование стандарта.

Минимально необходимый объем диагностических исследований включает:

- лабораторные исследования (общеклинические, гематологические, биохимические);
- рентгенологические исследования (рентгенография, рентгеноскопия, флюорография);
- ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза;
- электрокардиографическое исследование.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход диагностического отделения/диагностических кабинетов, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 3.44.(Б) Диагностические исследования и консультации проводятся квалифицированными лицами.

Требование стандарта.

Диагностические исследования и консультации осуществляются лицами, имеющими необходимое медицинское образование и последипломную подготовку, имеются подтверждающие документы (дипломы, сертификаты).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого медицинского образования и последипломной подготовки у лиц проводящих диагностические исследования и осуществляющих консультации пациентов

Стандарт 3.45.(Б) Диагностические исследования и консультации проводятся по показаниям.

Требование стандарта.

1. Диагностические исследования и консультации узкими специалистами пациентам назначаются по показаниям, обоснованными в первичной медицинской документации по ведению пациентов.
2. Данные диагностических исследований и консультаций узкими специалистами пациентов заносятся в **первичную медицинскую документацию по ведению пациентов** с указанием даты и времени получения, должным образом интерпретируются и используются для динамической клинической оценки состояния пациента и определения/ коррекции тактики лечения

Оценка выполнения стандарта.

Проводится экспертиза первичной медицинской документации по ведению пациентов (медицинские карты пациентов), оценивается:

- обоснованность назначения диагностических исследований и консультаций узкими специалистами;
- наличие и полнота интерпретации результатов диагностических исследований и консультаций узкими специалистами и использование их для динамической клинической оценки пациентов и внесения коррективы в тактику лечения.

Оценка выполнения стандарта рассчитывается по итогам экспертизы всех карт (средняя арифметическая) в соответствии с рангом стандарта.

Стандарт 3.46.(А) Образцы биологического материала для лабораторных исследований получают в соответствии с установленными требованиями.

Требование стандарта.

1. Подготовка образцов биологического материала для лабораторных исследований осуществляется в соответствии с инструкциями по забору биологических материалов для лабораторных исследований, транспортировки образцов биологического материала в лабораторию и их хранению.
2. Каждый образец биологического материала идентифицирован и на него имеется сопроводительный документ/ направление утвержденного стандартного образца (форма направления в лабораторию), либо зарегистрирован в **лабораторной информационной системе (ЛИС) ОЗ**.
3. Температурный режим при транспортировке биологического материала для лабораторных исследований соответствует установленным требованиям. При необходимости используются специальные сумки - холодильники для транспортировки биологического материала для лабораторных исследований (имеются холодовые элементы и термометры для измерения температуры в сумках - холодильниках).

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие и доступность следующих документов и записей:
 - инструкций по подготовке пациента к сдаче биологического материала для лабораторных исследований,
 - инструкций по забору крови в вакутейнеры для лабораторных исследований,
 - инструкций по забору биологических материалов для лабораторных исследований,
 - инструкций по транспортировке и хранению образцов биологического материала для лабораторных исследований,
 - критерии, в соответствии с которыми образцы не принимаются,
 - бракеражный журнал
2. Проверяется наличие направлений в лабораторию, оценивается их форма в соответствии с требованиями стандарта.
3. Проверяется наличие сумок - холодильников для транспортировки биологического материала для лабораторных исследований, холодных элементов и термометров для измерения температуры в сумках – холодильниках. Оценивается соблюдение температурного режима при транспортировке биологического материала для лабораторных исследований в соответствии с требованиями стандарта.
4. Оценивается:
 - четкость и информативность маркировки на образцах биологического материала, пробах, контейнерах;
 - время от забора образца и выполнения исследования;
 - выполнение правил, регламентированных инструкциями, указанных в требовании стандарт, по забору, транспортировке и хранению биологических материалов для лабораторных исследований

Стандарт 3.47.(А) Все лабораторные процессы и процедуры проводятся единообразно.

Требование стандарта.

Для стандартного - единообразного проведения всех процессов и процедур в лаборатории разработаны СОП на основании утвержденных документов. СОП доступны и понятны всем сотрудникам лаборатории.

Оценка выполнения стандарта.

В лаборатории проверяются наличие СОП на все процессы и процедуры, оценивается их содержание.

Стандарт 3.48.(А) Проводится контроль качества лабораторных исследований.

Требования стандарта.

1. Внедрен и функционирует внутрिलाбораторный контроль качества аналитических процедур (далее ВЛКК), который проводится по всем видам исследований с количественной (качественной) оценкой результатов и ведением соответствующей документации (контрольные карты)
2. Для проведения ВЛКК, в качестве контрольного материала, используются аттестованные значения концентраций аналитов (сертифицированные референтные материалы/ аттестованные стандартные образцы).
3. Результаты ВЛКК входят в интервал $X \pm 2S$.

Оценка выполнения стандарта.

1. На рабочих местах в лаборатории проверяется наличие контрольных карт на все выполняемые в лаборатории исследования, оценивается правильность их заполнения.

2. Оценивается контрольный материал для проведения ВЛКК в соответствии с требованием стандарта.
3. Оцениваются результаты ВЛКК в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 3.49.(А) Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества или межлабораторных сличительных испытаниях.

Требование стандарта.

1. Лаборатория участвует в программах внешней оценки качества/профессионального тестирования (далее - ВОК) и/или межлабораторных сличительных испытаниях (далее - МЛСИ) не менее чем по 30% видам исследований, выполняемых в лаборатории.
2. Лаборатория анализирует результаты своего участия в программах ВОК и МСИ и осуществляет корректирующие действия, когда контрольные критерии не достигнуты (результаты ВОК и МЛСИ выходят за пределы $X \pm 2S$).
3. Руководство лаборатории отслеживает эффективность корректирующих действий.
4. Результаты участия в программах ВОК и МЛСИ обсуждаются с персоналом лаборатории.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется регулярность участия лаборатории в программах ВОК и/или МЛСИ не менее чем по 30% видам исследований, выполняемых в лаборатории.
2. Оцениваются показатели/результаты участия лаборатории в ежегодных программах ВОК и/или МЛСИ.
3. Проверяется наличие плана корректирующих действий (в случае если контрольные критерии не достигнуты), оценивается его выполнение,
4. Проверяется наличие протоколов по обсуждению результатов участия лаборатории в программах ВОК и МЛСИ.

Медицинские услуги эффективны

Стандарт 3.50.(Б) Антенатальное обучение беременных женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком эффективно.

Требования стандарта.

1. Организация здравоохранения обеспечивает антенатальное обучение беременных женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком (в КУЗ/отделении ПМСП). Особое внимание при проведении антенатального обучения уделяется первородящим женщинам.
2. В отчетах ОЗ (за предыдущий год) рассчитан индикатор - «**охват антенатальным обучением первородящих женщин в области подготовки к родам, грудного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком**» (количество беременных - первородящих женщин, охваченных антенатальным обучением $\times 100\%$ / общее количество наблюдаемых беременных - первородящих женщин). **Значение индикатора составляет не менее 95%.**

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются отчетные данные ОЗ (за предыдущий год), в которых оценивается значения вышеуказанного индикатора в соответствии с требованием стандарта.
2. Выборочно проверяются индивидуальные карты беременных (фиксация факта проведения антенатального обучения беременных) и журнал регистрации: «Обучение в первородящих женщин в КУЗ/отделении ПМСП для оценки достоверности вышеуказанного индикатора.

3. При показателе индикатора не менее того значения, который указан в требовании стандарта, выполнение стандарта оценивается максимальным баллом в соответствии с рангом стандарта (при условии выявленной достоверности индикатора).
4. При снижении значения показателя индикатора, оценка выполнения стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта в зависимости от степени снижения значения показателя индикатора.
5. В случае выявления недостоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных, выполнение стандарта оценивается 0 баллов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.51.(Б) Работа по вакцинопрофилактике детей эффективна.

Требования стандарта.

1. Организация здравоохранения обеспечивает максимальный охват вакцинацией детей для предупреждения заболеваемости «управляемыми инфекциями». Особое внимание уделяется вакцинации пентавакциной детей до одного года.
2. В отчетах ОЗ о проведении иммунизации (за предыдущий год) рассчитан **индикатор – «охват вакцинацией детей 5,5-6 месяцев пентавакциной 3-й дозой»** (количество детей **5,5-6 месяцев**, привитых за год $\times 100\%$ / общее количество детей **5,5-6 месяцев**, подлежащих вакцинации пентавакциной **3-й дозой** в соответствии с планом). **Значение индикатора составляет не менее 95%.**

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются отчетные данные ОЗ (за предыдущий год) о проведении иммунизации, в которых оценивается значение индикатора – **«охват вакцинацией детей 5,5-6 месяцев пентавакциной 3-й дозой»** в соответствии с требованием стандарта.
2. Кроме того, проверяются планы профилактических прививок и первичная медицинская документация (формы № 112/у и 063/у, паспорта прививок) для оценки достоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных и соблюдения запланированных сроков проведения иммунизации.
3. При показателе индикатора не менее того значения, который указан в требовании стандарта, выполнение стандарта оценивается максимальным баллом в соответствии с рангом стандарта (при условии выявленной достоверности индикатора).
4. При снижении значения показателя индикатора, оценка выполнения стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта в зависимости от степени снижения значения показателя индикатора.
5. В случае выявления недостоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных, выполнение стандарта оценивается 0 баллов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.52.(Б) Реализуется политика раннего охвата беременных медицинским наблюдением.

Требования стандарта.

1. Организация здравоохранения обеспечивает ранее выявление беременных и взятие их под медицинское наблюдение.
2. В отчетах ОЗ (за предыдущий год) рассчитан индикатор – **«выявление беременных в ранние сроки (до 12 недель) и взятие их под наблюдение»** (количество выявленных беременных в ранние сроки $\times 100\%$ / общее количество наблюдаемых беременных). **Значение индикатора составляет не менее 80%.**

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются отчетные данные ОЗ (за предыдущий год), в которых оценивается значение индикатора - «выявление беременных в ранние сроки (до 12 недель) и взятие их под наблюдение» в соответствии с требованием стандарта.
2. Кроме того, проверяются журнал постановки на учет беременных и индивидуальные карты беременных для оценки достоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных
3. При показателе индикатора не менее того значения, который указан в требовании стандарта, выполнение стандарта оценивается максимальным баллом в соответствии с рангом стандарта (при условии выявленной достоверности индикатора).
4. При снижении значения показателя индикатора, оценка выполнения стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта в зависимости от степени снижения значения показателя индикатора.
5. В случае выявления недостоверности вышеуказанного индикатора в отчетных данных, выполнение стандарта оценивается 0 баллов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.53.(Б) В Организации здравоохранения, предоставляющей антенатальные услуги и услуги по уходу/наблюдению за новорожденными, отслеживаются контрольные индикаторы системы мониторинга связанного с грудным вскармливанием.

Требования стандарта.

1. ОЗ/Орган УК регулярно отслеживают контрольные индикаторы связанные с грудным вскармливанием:
 - **«патронаж новорожденных в первые трое суток и взятие их под наблюдение»** (количество новорожденных охваченных патронажем в первые трое суток x 100% / общее количество наблюдаемых новорожденных). **Значение индикатора составляет не менее 100%.**
 - **«охват исключительно грудным вскармливанием детей до 6 месяцев»** (количество детей 6 месяцев на исключительно грудном вскармливании x 100% / общее количество детей до 6 месяцев). **Значение индикатора составляет не менее 75%;**
 - **«охват грудным вскармливанием детей до 2-х лет»** (количество детей до 2-х лет на грудном вскармливании x 100% / общее количество детей до 2-х лет). **Значение индикатора составляет не менее 50%.**
2. Информация о вышеуказанных контрольных индикаторах включается в первичную медицинскую документацию (история развития ребенка) и отчетные данные ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяются отчетные данные ОЗ (за предыдущий год), в которых оценивается значение вышеуказанных индикаторов.
2. Выборочно проверяются истории развития ребенка для оценки достоверности вышеуказанных индикаторов в отчетных данных.
3. При показателях индикаторов не менее тех значений, которые указаны в требовании стандарта, выполнение стандарта оценивается максимальным баллом в соответствии с рангом стандарта (при условии выявленной достоверности индикаторов).
4. При снижении значений показателей индикаторов, оценка выполнения стандарта снижается на каждый последующий балл по четырех балльной шкале оценки в соответствии с рангом стандарта в зависимости от степени снижения значений показателей индикаторов.
5. В случае выявления недостоверности вышеуказанных индикаторов в отчетных данных, выполнение стандарта оценивается 0 баллов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.54.(Б) Случаи материнской и младенческой смертности по причине некачественного наблюдения и лечения в ОЗ имеют тенденцию к снижению.

Требования стандарта.

ОЗ обеспечивает надлежащее качество первичной медико-санитарной помощи беременным и детям до одного года. Случаи материнской и младенческой смертности по причине некачественного наблюдения и лечения в ОЗ имеют тенденцию к снижению.

Оценка выполнения стандарта.

По отчетным данным (статистический и годовой конъюнктурный отчет с анализом) и протоколам разборов случаев материнской и младенческой смертности:

- проверяется наличие случаев материнской и младенческой смертности, оценивается динамика показателей материнской и младенческой смертности за последние три года;
- оценивается качество наблюдения умерших пациентов.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.55.(В) Запущенные случаи туберкулеза по причине несвоевременной диагностики в ОЗ имеют тенденцию к снижению.

Требования стандарта.

1. ОЗ обеспечивает надлежащее качество диагностики/выявления туберкулезной инфекции в результате проведения необходимых мероприятий (своевременное обследование пациентов с подозрительными респираторными симптомами, скрининговые обследования декретированного контингента, и лиц с рисками).
2. Нет запущенных случаев туберкулеза (фиброзно-кавернозный и диссеминированный туберкулез легких, туберкулезный менингит с осложнениями, казеозная пневмония, внелегочной туберкулез с осложнениями).

Оценка выполнения стандарта.

По отчетным данным (годовой конъюнктурный отчет с анализом) и протоколам разбора запущенных случаев туберкулеза:

- проверяется наличие запущенных случаев туберкулеза, оценивается динамика показателя «Запущенные случаи туберкулеза»;
- оцениваются причины поздней несвоевременной диагностики при наличии запущенных случаев туберкулеза.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Стандарт 3.56.(В) Запущенные случаи злокачественных новообразований по причине несвоевременной диагностики в ОЗ имеют тенденцию к снижению.

Требования стандарта.

1. ОЗ обеспечивает надлежащее качество диагностики/выявления злокачественных новообразований в результате проведения необходимых мероприятий (своевременное обследование пациентов с подозрительными симптомами, скрининговые обследования декретированного контингента, и лиц с рисками).
2. Нет запущенных случаев злокачественных новообразований (IV клиническая группа).

Оценка выполнения стандарта.

По отчетным данным (годовой конъюнктурный отчет с анализом) и протоколам разбора

запущенных случаев злокачественных новообразований:

- проверяется наличие запущенных случаев злокачественных новообразований, оценивается динамика показателя «Запущенные случаи злокачественных новообразований»;
- оцениваются причины поздней несвоевременной диагностики при наличии запущенных случаев злокачественных новообразований.

Примечание: Данный стандарт применяется только для оценки деятельности ЦСМ

Блок IV. «Материально-техническая база, безопасность окружающей среды и управление запасами»

Стандарт 4.1.(В) Имеются удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов и зона для парковки автотранспорта.

Требование стандарта.

1. К территории ОЗ прилегают удобные подъездные пути с асфальтированным покрытием без дефектов.
2. Имеются площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, посетителей и персонала, их площадь позволяет безопасно парковать автотранспорт и не загромождать проезжую часть.
3. Имеется место (асфальтированные площадки) для парковки автотранспорта ОЗ.
4. На территорию ОЗ запрещен въезд личного автотранспорта пациентов, посетителей и персонала. Имеются соответствующие запрещающие знаки и управляемые конструкции, ограничивающие въезд.

Оценка выполнения стандарта.

Путем визуального осмотра оцениваются на предмет соответствия требованиям стандарта:

- подъездные пути;
- площадки/места для парковки автотранспорта пациентов, посетителей и персонала;
- место (асфальтированные площадки) для парковки автотранспорта ОЗ;
- запрет на въезд личного автотранспорта пациентов, посетителей и персонала.

Стандарт 4.2.(В) Размещение ОЗ соответствует гигиеническим требованиям.

Требование стандарта.

Размещение ОЗ соответствует требованиям действующих нормативных правовых документов (СанПиН и др.):

1. Земельный участок, на котором размещен ОЗ сухой, находится вдали от источников загрязнения атмосферного воздуха.
2. Территория ОЗ ограждена, благоустроена, озеленена, освещена.
3. Через территорию ОЗ не проходят магистральные инженерные коммуникации городского (сельского) назначения (водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход территории ОЗ, оценивается соответствие территории требованиям стандарта.

Стандарт 4.3.(В) Администрация осуществляет регулярный контроль и оценку окружающей среды.

Требования стандарта.

Контроль и оценка окружающей среды включает:

1. Регулярные административные обходы территории, зданий (помещений) с документированием результатов и решений, направленных на устранение выявленных недостатков;
2. Организацию проведения необходимых лабораторно-инструментальных исследований/измерений (микробиологический контроль циркуляции штаммов инфекций, радиационный контроль, контроль/измерение параметров микроклимата и др.). Имеются соответствующие документы о результатах лабораторно-инструментальных исследований/измерений (акты, заключения), подтверждающие безопасность условий оказания услуг или содержащие «предписания» о необходимости проведения корректирующих мероприятий.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие документов о проведении административных обходов с документированием результатов и решений, направленных на устранение выявленных нарушений.
2. Проверяется наличие документов о проведении необходимых лабораторно-инструментальных исследований/измерений.

Стандарт 4.4.(В) Все медицинская техника зарегистрирована и учтена.

Требования стандарта.

1. На всю медицинскую технику (приборы, аппараты, инструменты, оборудование), имеются учетные регистрационные/инвентаризационные формы (журналы, карточки и др.), которые включают следующие сведения:
 - наименование, модель и серийный номер;
 - учетный номер по республике;
 - год выпуска;
 - дата закупки;
 - источник приобретения;
 - наименование производителя (фирма и страна изготовитель) и поставщика.
2. Ведется и регулярно актуализируется электронная база данных (матрица) по медицинской технике (автоматизированный учет).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется факт учета и регистрации медицинской техники в соответствии с требованием стандарта. Кроме того, проверяются факт наличия и регулярной актуализации электронной базы данных (матрицы) по медицинской технике.

Стандарт 4.5.(В) На все изделия медицинского назначения имеются эксплуатационные документы.

Требования стандарта.

1. На всю медицинскую технику имеются эксплуатационные документы (технический паспорт, формуляр, руководство по эксплуатации, методика поверки средств измерения и др.), содержащие:
 - сведения о конструкции, принципе действия, параметрах, характеристиках (свойствах) медицинской техники и их запасных частей;
 - указания, необходимые для правильной и безопасной эксплуатации медицинской техники (использования по назначению, технического обслуживания, хранения и транспортирования);
 - сведения по утилизации;
 - информацию о производителе, поставщике и их гарантийных обязательствах.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится проверка наличия, изучение и оценка эксплуатационных документов на медицинскую технику в соответствии с требованием стандарта.

Стандарт 4.6.(В) Проводится регулярная оценка рационального использования изделий медицинской техники.

Требования стандарта.

1. В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения КР Орган УК не реже одного раза в год осуществляет мониторинг (аудит) соблюдения правил эксплуатации и хранения медицинской техники, включающий проверку/оценку:
 - состояния служебных помещений и инженерных инфраструктур (в каких помещениях эксплуатируется - условия безопасности, микроклимат);
 - состояния медицинской техники (работоспособность, регулярность технического/профилактического обслуживания);
 - компетентности персонала работающего с медицинской техникой.
 - наличия средств измерения температуры (если это необходимо) и системы регистрации температуры (включая периодичность замеров);
 - системы оповещения, установленной на медицинской технике, которая должна подавать сигнал тревоги при нарушении температурного режима.
 - нагрузка на диагностические аппараты и приборы в соответствии со штатными нормативами;
 - обеспечение расходными материалами;
 - наличие инструкций по технике безопасности и руководств по эксплуатации возле всех аппаратов и приборов;
2. Результаты аудитов документируются и содержат выводы о проведении корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники:
 - меры по приведению в соответствие с установленными требованиями условий эксплуатации и хранения изделий медицинской техники;
 - меры по приведению в соответствие с установленными требованиями нагрузки на диагностическое оборудование;
 - разработка/актуализация инструкций по технике безопасности и проведение инструктажа, руководств по эксплуатации;
 - ремонт, заключение договоров на техническое обслуживание;
 - консервация, списание;
 - приобретение новых изделий медицинской техники;
 - приобретение расходных материалов и др..
3. Отслеживается реализация корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие документов, подтверждающих проведение аудитов для оценки рационального использования медицинской техники, оценивается адекватность выводов о приведении корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники.
2. Кроме того, проверяется реализация корректирующих мероприятий по улучшению рационального использования медицинской техники (документы подтверждающие проведение корректирующих мероприятий).

Стандарт 4.7.(Б) Обеспечивается проведение поверки и калибровки средств измерения.

Требования стандарта.

1. Назначено ответственное лицо за организацию поверки СИ (аппараты и приборы). Ответственное лицо обеспечивает составление, согласование и утверждение официального перечня и графиков поверок СИ (перечень и графики утверждаются руководителем ОЗ и согласовываются с организацией производящей поверку СИ). Проведена 100% поверка СИ.
2. В лаборатории силами сотрудников регулярно проводится внутренняя калибровка СИ (порядок подготовки/настройки приборов/аппаратов к работе, проверка воспроизводимости и точности), в том числе после ремонта, результаты проверки документируют и анализируют.
3. Имеется утвержденная СОП по правилам внутренней калибровки СИ (конкретно по каждому аппарату/прибору).

Оценка выполнения стандарта.

1. У ответственного лица проверяется наличие официального перечня и графиков поверок СИ, утвержденных и согласованных в установленном порядке. Проверяется наличие актов поверки средств измерения и (или) клейм, проставленных на СИ. Количество актов и (или) клейм сопоставляется с перечнем СИ и высчитывается процент СИ, прошедших процедуру поверки
2. В лаборатории проверяется наличие СОП по правилам внутренней калибровки СИ и документов о проведении калибровки лабораторных СИ в соответствии с документированной процедурой (СОП).

Стандарт 4.8.(В) Здания и помещения обеспечены надежными мерами охраны.

Требование стандарта.

1. Все служебные помещения закрываются на ключ. Окна и двери кассы, диагностических кабинетов, аптечного склада, архива защищены решетками и оборудованы охранной сигнализацией (если это возможно).
2. Организована круглосуточная охрана для защиты пациентов и сотрудников, во избежание проникновения в здания организации посторонних людей, предотвращения терроризма, краж и насилия.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход зданий и помещений, в процессе которого проверяется наличие мер охраны и оценивается их адекватность и эффективность в зависимости от объекта.

Стандарт 4.9.(В) Существуют правила выдачи и возврата ключей от помещений.

Требование стандарта.

Ключи от служебных помещений, после окончания рабочего дня, хранятся централизованно в одном месте (на маркированном щите поста охраны/регистратуры). Ключи от служебных помещений промаркированы соответствующим образом. Выдача и возврат ключей персоналу регистрируется в учетном журнале. Место для хранения ключей не доступно для посторонних лиц.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие процедуры централизованной выдачи и возврата ключей и ее соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.10.(Б) Здания и помещения ОЗ соответствуют гигиеническим требованиям.

Требования стандарта.

1. В соответствии с установленными требованиями нормативных документов системы здравоохранения (СанПиН и др.) КР, структура ОЗ и планировка его помещений исключает возможность перекрещивания или соприкосновения «чистых» и «грязных» технологических потоков (при оказании медицинской помощи, проведению работ по предстерилизационной очистке и стерилизации, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий).
2. Площадь основных помещений ОЗ соответствует требованиям действующих нормативных документов.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход ОЗ, оценивается соответствие зданий, сооружений и помещений требованиям стандарта и нормативных документов. При необходимости (для уточнения) просматриваются технические паспорта на здания, помещения и сооружения.

Стандарт 4.11.(Б) Отделка здания и помещений ОЗ соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов

Требования стандарта.

1. Внешняя отделка здания ОЗ без дефектов.
2. Поверхности стен, полов и потолков в помещениях гладкие, легкодоступные для влажной уборки и устойчивые при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к применению.
3. Стены в помещениях с влажным режимом работы (манипуляционные, процедурные, санитарные узлы, ЦСО, ПАМО и др.) и подвергающихся влажной текущей дезинфекции облицованы глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту помещений.
4. Потолки в помещениях с влажным режимом работы окрашены водостойкими красками или покрыты другим водостойким материалом.
5. Покрытия полов во всех помещениях без дефектов, гладкие, плотно пригнанные к основанию и устойчивые к действию моющих и дезинфицирующих средств.
6. Стены у мест установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок облицованы глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 м от пола и на ширину более 20 см от оборудования и приборов в каждую сторону.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр здания и помещений ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.12.(А) Инженерно-техническая инфраструктура здания/помещений ОЗ соответствует установленным требованиям нормативных правовых документов.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеется система:
 - холодного водоснабжения (централизованная или местная система подачи холодной воды);
 - горячего водоснабжения (кабинетах для приема пациентов, туалетах, процедурных, прививочных, операционных, манипуляционных и вспомогательных помещениях, требующих мытья рук персонала);
 - канализации;

- электроснабжения (при отключении централизованной подачи электроэнергии, электроснабжение обеспечивается автономными генераторами электрической энергии);
 - естественного и искусственного освещения (только искусственное освещение имеется в помещениях, правила эксплуатации которых не требуют естественного освещения - кладовые, санитарные узлы, гардеробные для персонала и пр.);
 - естественной вентиляции (индивидуальный канал вытяжной вентиляции с естественным побуждением, форточки, фрамуги);
 - отопления (отопительные приборы имеют гладкую поверхность, устойчивую к воздействию моющих и дезинфицирующих растворов и размещены у наружных стен, под окнами, без ограждений).
2. Системы холодного и горячего водоснабжения, канализации, электроснабжения, освещения, естественной вентиляции и отопления соответствуют установленными требованиями нормативных правовых документов.
 3. Окна помещений ориентированные на южные румбы горизонта оборудованы солнцезащитными устройствами (козырьки, жалюзи).

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.13.(А) Риск возникновения пожара оценен и управляется.

Требование стандарта.

1. Персонал ОЗ проходит инструктаж по правилам противопожарной безопасности на рабочих местах (при работе с аппаратами, приборами, электрооборудованием и др.).
2. В каждом структурном подразделении ОЗ имеются инструкция по противопожарной безопасности, схемы эвакуации персонала при возникновении пожара и средства пожаротушения (пожарные краны, пожарные рукава, огнетушители) доступные для персонала.
3. На территории ОЗ имеются гидранты, пожарный щит, оснащенный необходимым инвентарем (багор, топор, лопата, ведро, ящик с песком), доступный персоналу учреждения в случае возникновения пожара.
4. ОЗ оборудована установками автоматической пожарной сигнализации (в городских условиях).
5. Огнетушители регулярно проверяются и перезаряжаются

Оценка выполнения стандарта.

1. В структурных подразделениях ОЗ проверяется наличие документации о прохождении инструктажа по правилам противопожарной безопасности на рабочих местах, инструкции по противопожарной безопасности.
2. Проводится обход территории и структурных подразделений ОЗ, оценивается наличие схем эвакуации персонала при возникновении пожара и средств пожаротушения в соответствии с требованием стандарта.
3. Проверяется наличие установок автоматической пожарной сигнализации.
4. Оценивается регулярность проверки и перезарядки огнетушителей.

Стандарт 4.14.(Б) В ОЗ имеется система управления запасами медицинской техники, диагностических и расходных материалов для диагностических исследований.

Требования стандарта.

1. ОЗ планирует и осуществляет закупки, модернизацию и замену медицинской техники.
 - для адекватного обеспечения оказываемых видов медицинских услуг;
 - для реагирования на чрезвычайные ситуации с помощью имеющегося резерва;

- с целью обеспечения бесперебойной работы всей медицинской техники.
2. Имеется план по замене изношенной медицинской техники и соответствующие расчеты.
 3. Имеется достаточное количество расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта.
 4. Имеется достаточный запас лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, рентгеновской пленки, бумаги для диагностической аппаратуры и для бесперебойной деятельности ОЗ, имеются соответствующие расчеты.
 5. Устаревшая и не подлежащая ремонту медицинская техника деконтаминируется и удаляется (списывается) в соответствии с установленным порядком.

Оценка выполнения стандарта.

1. Проверяется наличие плана по замене изношенной медицинской техники и соответствующих расчетов.
2. Оценивается наличие достаточного количества расходных материалов для проведения технического обслуживания и мелкого ремонта медицинской техники
3. Оценивается наличие достаточного запаса лабораторных реактивов, диагностических препаратов и реагентов, рентгеновской пленки, бумаги для диагностической аппаратуры и расходных медицинских материалов, для бесперебойной деятельности учреждения с соответствующими расчетами.
4. Проверяется наличие документов, подтверждающих проведение деконтаминации и списания медицинской техники (акты проведения соответствующих процедур).

Стандарт 4.15.(А) Обеспечивается наличие необходимого запаса лекарственных препаратов и вакцин.

Требование стандарта.

Имеется необходимый запас (не менее чем на один месяц) необходимых лекарственных препаратов и вакцин в соответствии с требованиями нормативных документов системы здравоохранения.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие необходимого запаса необходимого перечня лекарственных препаратов и вакцин, оценивается соответствие его объема для обеспечения бесперебойной работы ОЗ.

Стандарт 4.16.(Б) Обеспечивается наличие необходимого запаса изделий медицинского назначения однократного применения и других медицинских расходных материалов.

Требование стандарта.

Имеется необходимый запас изделий медицинского назначения однократного применения и других медицинских расходных материалов (перчатки, шприцы, перевязочный материал, системы для переливания, инструмент одноразовый, антисептики для обработки рук и кожных покровов и др.).

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие запаса необходимого запаса изделий медицинского однократного применения и других расходных средств, оценивается соответствие его объема для обеспечения бесперебойной работы подразделений. Проводится анкетирование пациентов на предмет приобретения ими медицинских изделий однократного применения и других медицинских расходных материалов.

Стандарт 4.17(В). Имеется необходимый набор твердого инвентаря бытового и

медицинского назначения.

Требование стандарта.

В соответствии с Приложением к стандартам в ОЗ имеется адекватное количество твердого инвентаря (мебели) бытового и медицинского назначения, которые обеспечивают необходимые условия для оказания медицинской помощи пациентам и профессиональной деятельности персонала.

Оценка выполнения стандарта.

В структурных подразделениях, административных и хозяйственных помещениях ОЗ проводится осмотр всех видов твердого инвентаря в соответствии с Приложением к стандартам. Оценивается наличие необходимого количества инвентаря и его состояние (степень изношенности).

Стандарт 4.18.(А) Имеется достаточное количество мыло - моющих и дезинфицирующих средств.

Требование стандарта.

На складе ОЗ имеется 2-х недельный достаточный (в соответствии с произведенным расчетом потребностей) запас мыло - моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию для соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в структурных подразделениях ОЗ.

Оценка выполнения стандарта.

1. Подвергается анализу локальный акт, устанавливающий нормы расходов мыло - моющих и дезинфицирующих средств. Путем проверки документации по приходу и расходу мыло - моющих и дезинфицирующих средств, а также путем собеседования с медперсоналом выясняется степень достаточности выделяемых мыло - моющих и дезинфицирующих средств.
2. Проверяется наличие мыло - моющих и дезинфицирующих средств на складе ОЗ, оценивается адекватность их запаса.

Стандарт 4.19.(В) Имеются договора с подрядчиками на предоставление технических и других услуг.

Требование стандарта.

Имеются действующие договора с подрядчиками по вопросам оказания коммунальных и транспортных услуг, профилактического обслуживания зданий, коммуникационных систем, медицинской техники и электрооборудования, инвентаря, оборудования бытового назначения и удаления отходов с территории организации. В договорах четко определены обязанности сторон.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие действующих договоров на предоставление услуг в соответствии с требованиями стандарта.

Стандарт 4.20.(Б) Имеются туалеты для пациентов и персонала.

Требования стандарта.

1. В ОЗ имеется достаточное количество туалетов для пациентов (отдельные туалеты для женщин и мужчин) и отдельный туалет для персонала.
2. Туалеты оснащены шлюзами с умывальниками, жидким мылом и одноразовыми

салфетками.

3. Туалеты чистые.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится осмотр туалетов и оценивается их соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.21.(В) Проводятся дератизационные и дезинсекционные мероприятия.

Требования стандарта.

Дератизационные и дезинсекционные мероприятия проводятся не менее одного раза в год (при необходимости не менее одного раза в квартал) на основании заключенного договора с отделом профилактической дезинфекции санитарно-эпидемиологической или дезинфекционной станцией. Кроме того, проводится сезонная борьба с мухами. Мероприятия эффективны (отсутствуют мышевидные грызуны и насекомые) Проведение мероприятий документируется.

Оценка выполнения стандарта.

Проверяется наличие договоров на проведение дератизационных и дезинсекционных мероприятий и актов, отражающих проведение мероприятий. Оценивается регулярность и эффективность проведения дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

Стандарт 4.22.(Б) Для хранения дезинфицирующих и моющих средств и проведения работ по дезинфекции имеется помещение и техническое оснащение.

Требования стандарта.

1. Дезинфицирующие и моющие средства хранятся в специально отведенных помещениях (склад, кладовая) в соответствии с нормативными требованиями системы здравоохранения КР. Склад/кладовая состоит из:
 - помещение для раздельного хранения дезинфицирующих и моющих средств;
 - помещение для выдачи дезинфицирующих и моющих средств;
 - помещение для персонала.
2. Склад/кладовая оборудован металлическими стеллажами или деревянными полками для хранения тары с дезинфицирующими и моющими средствами. Помещение склада сухое, имеет гладкие стены, цементный или асфальтовый пол. Стены и потолки имеют отделку, предотвращающую абсорбцию вредных или агрессивных веществ и допускающую влажную уборку и мытье. Дезинфекционные и моющие средства защищены от воздействия прямых солнечных лучей, имеют этикетку с указанием названия средства, его назначения, концентрации действующих веществ, даты изготовления, сертификации, срока годности, мер предосторожности, реквизитов изготовителя и поставщика.
3. В помещении для персонала имеется оборудование для частичной или полной санитарной обработки, отдельные шкафы для хранения одежды. Имеются инструкции по ТБ при работе с дезинфицирующими средствами, средства индивидуальной защиты, аптечки первой медицинской помощи.
4. В складе/кладовой для хранения дезинфицирующих средств не хранятся пищевые продукты, питьевая вода и не принимается пища.
5. Для проведения работ по дезинфекции имеются:
 - подсобное помещение с централизованной подводкой проточной воды (кран с раковиной);
 - пластиковые емкости с дезинфицирующими средствами, рекомендованными к применению в установленном порядке;
 - специальные емкости для сбора колюще-режущих предметов (там, где есть необходимость);

- емкости с герметичными пластиковыми пакетами для сбора медицинских и биологических отходов (там, где есть необходимость).

Оценка выполнения стандарта.

1. Путем визуального осмотра склада/кладовой для хранения дезинфицирующих и моющих средств оценивается наличие необходимых помещений, оборудования и соответствие хранения дезинфицирующих средств гигиеническим требованиям.
2. В структурных подразделениях ОЗ проводится осмотр помещений для проведения работ по дезинфекции, оценивается соответствие требованиям стандарта.

Стандарт 4.23.(Б) В ОЗ имеются необходимые лечебно-диагностические, реабилитационные и вспомогательные подразделения/кабинеты.

Требования стандарта.

В соответствии со своей специализацией/оказываемыми видами медицинских услуг ОЗ имеет необходимые лечебно-диагностические, реабилитационные и вспомогательные подразделения/кабинеты в соответствии с **Приложением к стандартам «Перечень основных помещений»**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений структурных подразделений и кабинетов ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

Стандарт 4.24.(Б) В лечебно-диагностических, реабилитационных и вспомогательных подразделениях/кабинетах ОЗ имеется необходимый набор изделий медицинского назначения.

Требования стандарта.

В лечебно-диагностических, реабилитационных и вспомогательных подразделениях/кабинетах ОЗ имеется необходимый перечень и достаточное количество изделий медицинского назначения (аппараты и приборы, оборудование, инструменты, материалы) в соответствии с **Приложением к стандартам «Перечень основного оснащения»**.

Оценка выполнения стандарта.

Проводится обход помещений структурных подразделений и кабинетов ОЗ, оценивается выполнение требований стандарта.

ПРИЛОЖЕНИЕ К СТАНДАРТАМ
ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ ОЗ

№ п/п	Перечень помещений	Самооценка ОЗ в баллах (0,1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
ГСВ/Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП)			
1.	Помещение для ожидания приема пациентами		
2.	Кабинет(ы) для приема пациентов		
3.	Смотровой кабинет гинекологического профиля		
4.	Процедурный/прививочный кабинеты (возможно совмещение)		
5.	Манипуляционный кабинет		
6.	Помещение для хранения лекарственных средств		
7.	Помещение персонала с раздевалкой		
8.	Стерилизационный кабинет		
9.	Помещение для уборочного инвентаря, моющих и дезинфицирующих средств		
10.	Помещение для хранения грязного белья		
11.	Помещение временного хранения медицинских отходов		
ИТОГО (общая оценка):			
Центр семейной медицины (другие амбулаторно-поликлинические ОЗ)			
1.	Регистратура с вестибюлем		
2.	Кабинет укрепления здоровья		
3.	Кабинеты приема врачей (семейных врачей)		
4.	Кабинет доврачебного приема (сестринского приема)		
5.	Процедурный кабинет		
6.	Прививочный кабинет		
7.	Манипуляционный кабинет		
8.	Кабинет оральной регидратации		
9.	Палата (ы) дневного пребывания (не менее 2-х палат для пациентов разного пола или 1 палата при наличии ширмы)		
10.	Кабинет функциональной диагностики (ЭКГ)		
11.	Кабинет УЗИ		
12.	Рентген-кабинет: <ul style="list-style-type: none"> • кабинет врача; • кабинет ожидания; • процедурная; • фотолаборатория 		
13.	Лаборатория:		

	<ul style="list-style-type: none"> • гардероб; • кабинет для врачей; • комната отдыха и приема пищи; • помещение для приема и регистрации биоматериала; • кабинет клинико-биохимических исследований; • помещения для временного хранения и утилизации медицинских отходов/автоклавная; • моечная; • стерилизационная (при необходимости); • подсобные (туалет) и складские помещения 		
14.	Кабинет эндоскопических исследований		
15.	Отделение внебольничной экстренной (скорой) медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> • комната персонала; • диспетчерская; • кабинет для амбулаторного приема; • гараж для санитарного автотранспорта; • кладовая 		
16.	Кабинет акушер-гинеколога: <ul style="list-style-type: none"> • помещение для приема больных; • смотровая-манипуляционная 		
17.	Кабинет хирурга (травматолога): <ul style="list-style-type: none"> • помещение для приема больных; • манипуляционная (перевязочная, малая операционная, гипсовальная); • малая операционная; • гипсовальная. 		
18.	Кабинет ЛОР - врача: <ul style="list-style-type: none"> • помещение для приема больных; • помещение для аудиометрии 		
19.	Кабинет офтальмолога: <ul style="list-style-type: none"> • помещение для приема больных; • смотровая 		
20.	Кабинет уролога: <ul style="list-style-type: none"> • помещение для приема больных; • манипуляционная 		
21.	Кабинет дерматовенеролога		
22.	Кабинет (ы) стоматолога		
23.	Кабинет невропатолога		
24.	Кабинет кардиолога-ревматолога		
25.	Кабинет онколога		

26.	Кабинет эндокринолога		
27.	Кабинет иммунолога		
28.	Кабинет инфекциониста		
29.	Кабинет пульмонолога		
30.	Кабинеты других специалистов: •		
31.	Кабинет физиотерапии: • помещение для врачей; • кабинеты для проведения физиотерапевтических процедур (электролечения, светолечения и ингаляций)		
32.	Массажный кабинет		
33.	Кабинет ЛФК		
34.	Аптечный склад: • кабинет для персонала; • Помещения для хранения: ✓ готовых лекарственных препаратов; ✓ сильнодействующих, ядовитых лекарственных средств, включенных в список, утвержденный Постоянным комитетом по контролю наркотиков, а также наркотических лекарственных средств и психотропных веществ; ✓ лекарственных веществ (сухих, жидких), требующих особого температурного режима, медицинских иммунологических препаратов; ✓ кислот, легковоспламеняющихся и горючих жидкостей, включая лекарственные средства на спиртах и маслах; ✓ предметов медицинского назначения (стерильного и не стерильного перевязочного материала, медицинского инструментария, предметов ухода за больными, санитарии и гигиены); ✓ стекла, тары, хозяйственных средств и вспомогательных материалов		
35.	ЦСО (стерилизационный кабинет)*: • приемная, моечная не менее 6 кв.м.; • сушильно-упаковочная не менее 4 кв.м.; • стерилизационная - 4-9 кв.м., в зависимости от объема используемого автоклава; • экспедиционная не менее 2 кв.м..		
36.	Помещение для стирки белья и защитной одежды сотрудников: • помещение для сбора и стирки; • помещение для сушки, глажения и		

	хранения чистого белья		
37.	Пункт автоклавирования медицинских отходов: <ul style="list-style-type: none"> • зона приема/ регистрация отходов; • зона взвешивания и хранения опасных отходов; • зона стерилизации отходов или собственно автоклавная; • место для мытья транспортной упаковки/контейнеров; • зона хранения чистого оборудования и обработанных отходов. 		
38.	Архив		
	ИТОГО (общая оценка):		

* При использовании ОЗ незначительного количество медицинского инструментария, помещение для стерилизации ИМН (стерилизационный кабинет) может состоять из двух комнат:

- моечная не менее 4 кв.м.;
- стерилизационная- 4-9 кв.м., в зависимости от объема используемого автоклава.

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНАЩЕНИЯ НА УРОВНЕ ГСВ/ФАП

№ п/п	ИМН (аппараты, приборы, инструменты, оборудование, наборы, материалы) и др. оснащение	Примечание		Самооценка ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
		Уровни			
		ГСВ	ФАП		
1.	Электрокардиограф (3-х или 6-ти канальный с само интерпретацией или портативный)	+	-		
2.	Фетальный доплер	+	-		
3.	Настенный комплект офтальмоскопа/отоскопа с рукояткой и кабелем	+	-		
4.	Лампа Вуда	+	-		
5.	Пульсоксиметр портативный	+	-		
6.	Тонометр Маклакова для измерения внутриглазного давления	+	+		
7.	Набор линз для подбора очков	+	-		
8.	Таблицы для определения остроты зрения для взрослых и детей	+	+		
9.	Полихроматические таблицы для исследования цветоощущения	+	-		
10.	Камертон акустический	+	-		

11.	Тонометр для измерения артериального давления	+	+		
12.	Стетофонендоскоп	+	+		
13.	Стетоскоп акушерский	+	+		
14.	Тазомер	+	-		
15.	Лента измерительная	+	+		
16.	Лупа ручная	+	+		
17.	Термометр медицинский	+	+		
18.	Секундомер/таймер	+	+		
19.	Ингалятор аэрозольный компрессорный (небулайзер) портативный	+	+		
20.	Шприц для промывания ушей (Жане)	+	+		
21.	Пузырь для льда	+	+		
22.	Дыхательный аппарат ручной (мешок Амбу)	+	+		
23.	Комплект шин для транспортной иммобилизации (набор Крамера)	+	+		
24.	Пипетка глазная	+	+		
25.	Жгут резиновый медицинский	+	+		
26.	Жгут кровоостанавливающий	+	+		
27.	Носилки санитарные	+	+		
28.	Набор инструментов (акушерско-гинекологический)	+	+		
29.	Набор для введения ВМС	+	+		
30.	Набор хирургический малый	+	+		
31.	Комплект шин транспортных иммобилизационных	+	+		
32.	Настенный негатоскоп	+			
33.	Галогенная лампа для осмотра (для каждого кабинета врача)	+	+		
34.	Весы медицинские взрослые с ростомером	+	+		
35.	Детский ростомер	+	+		
36.	Детские весы для взвешивания новорожденных	+	+		
37.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных	+	+		
38.	Манипуляционный металлический столик с 3-мя полками	+	+		
39.	Инструментальный	+	+		

	(процедурный) столик				
40.	Биксы со стерильными инструментами	+	+		
41.	Биксы со стерильным материалом	+	+		
42.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи	+	+		
43.	Аптечка на случай возникновения биоаварий	+	+		
44.	Противошоковая аптечка	+	+		
45.	Кресло смотровое гинекологическое	+	+		
46.	Кушетка медицинская смотровая	+	+		
47.	Ширма (перегородка) 2-х секционная	+	+		
48.	Штатив медицинский для капельных вливаний	+	+		
49.	Шкаф для хранения медицинских препаратов	+	+		
50.	Шкаф-сейф для хранения ядовитых и сильнодействующих медицинских препаратов	+	-		
51.	Холодильник для хранения вакцин	+	+		
52.	Холодильник для медикаментов	+	-		
53.	Стул или табуретка на колесиках	+	+		
54.	Банкета или стулья для ожидания пациентов	+	+		
55.	Компьютер/ Ноутбук	+	+		
56.	Принтер	+	+		
57.	Автотранспорт	+	-		
58.	Письменный стол	+	+		
59.	Стулья офисные	+	+		
60.	Шкаф канцелярский	+	+		
61.	Вешалка-стойка напольная на ножках	+	+		
62.	Стеллаж металлический архивный	+	-		
	ИТОГО (общая оценка):				

ОСНАЩЕНИЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

№ п/п	ИМН (аппараты, приборы, инструменты, оборудование,	Самооценка ОЗ в баллах (0,	Оценка экспертом в	Примечание
-------	----------------------------------------------------	----------------------------	--------------------	------------

	наборы, материалы)	1, 2, 4), или «не применимо»	баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	
1.	Лампа бактерицидная стационарная (настенная)			
2.	Лампа бактерицидная передвижная			
3.	Емкости для дезинфицирующих растворов			
4.	Емкости для дезинфекции расходных материалов			
5.	Емкости для утилизации медицинских отходов			
6.	Коробки для утилизации медицинских отходов (КБУ)			Прививочный кабинет
7.	Дозаторы для жидкого мыла, антисептика			
8.	Защитные очки / лицевые щитки			
9.	Деструктор / иглоотсекатель			
10.	Диспенсеры держатели для полотенец / салфеток			
	ИТОГО (общая оценка):			

ПЕРЕЧЕНЬ ОСНАЩЕНИЯ НА УРОВНЕ ЦСМ/АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОЗ.

№ п/п	Изделия медицинского назначения (аппараты, приборы, инструменты, оборудование, наборы, материалы) и другое оснащение	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
Кабинет доврачебного приема (сестринского приема)			
1.	Тонометр для измерения артериального давления		
2.	Стетфонендоскоп		
3.	Стетоскоп акушерский		
4.	Тазомер		
5.	Отоскоп		
6.	Таблица для определения остроты зрения		
7.	Лента измерительная		
8.	Лупа ручная		
9.	Термометр медицинский		
10.	Секундомер/таймер		
11.	Весы медицинские взрослые с ростомером		
12.	Детский ростомер		
13.	Детские весы для взвешивания новорожденных		
14.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных		
15.	Кушетка медицинская смотровая		
16.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
17.	Биксы со стерильными инструментами для		

	осмотра пациентов		
18.	Биксы со стерильным материалом		
19.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
20.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
21.	Противошоковая аптечка		
Процедурный кабинет			
1.	Манипуляционный металлический столик с 3-мя полками.		
2.	Инструментальный (процедурный) столик		
3.	Кушетка медицинская смотровая		
4.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных		
5.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
6.	Холодильник для медикаментов		
7.	Стетофонендоскоп		
8.	Тонометр для измерения артериального давления		
9.	Термометр медицинский		
10.	Деструктор / иглоотсекатель		
11.	Штатив для капельных вливаний		
12.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
13.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
14.	Противошоковая аптечка		
Прививочный кабинет			
1.	Манипуляционный металлический столик с 3-мя полками		
2.	Инструментальный (процедурный) столик		
3.	Кушетка медицинская смотровая		
4.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных		
5.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
6.	Холодильник для хранения медикаментов		
7.	Холодильник для хранения вакцин		
8.	Термоконтейнер или сумка-холодильник с набором хладоэлементов		
9.	Стетофонендоскоп		
10.	Тонометр для измерения артериального давления		
11.	Термометр медицинский		
12.	Деструктор / иглоотсекатель		
13.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
14.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
Палаты дневного пребывания			
1.	Тонометр для измерения артериального давления		
2.	Стетофонендоскоп		
3.	Пикфлоуметр		
4.	Манипуляционный столик		

5.	Шкаф для хранения медикаментов		
6.	Штатив медицинский для вливаний		
7.	Деструктор / иглоотсекатель		
8.	Термометр медицинский		
9.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
10.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
11.	Противошоковая аптечка		
Кабинет оральной регидратации			
1.	Кушетки, тумбочки		
2.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
3.	Емкость для приготовления солевых растворов		
4.	Солевой раствор (регидрон)		
5.	Часы		
6.	Термометр медицинский		
Кабинет акушер-гинеколога			
1.	Весы медицинские с ростомером		
2.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
3.	Биксы со стерильным материалом		
4.	Кресло гинекологическое		
5.	Кушетка медицинская смотровая		
6.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
7.	Светильник медицинский передвижной		
8.	Чемодан-укладка для домашних родов		
9.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
10.	Аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий		
11.	Противошоковая аптечка		
12.	Укладки неотложной помощи при акушерской патологии		
Кабинеты специалистов терапевтического профиля			
1.	Негатоскоп		
2.	Тонометр для измерения артериального давления		
3.	Стетофонендоскоп		
4.	Камертон (кабинет невропатолога)		
5.	Инструмент для исследования сухожильных рефлексов/молоточек (кабинет невропатолога)		
6.	Электрокардиограф (кабинет кардиолога)*		
7.	Глюкометр		
8.	Кушетка медицинская смотровая		
9.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных		
10.	Пикфлоуметр (кабинет пульмонолога)		
11.	Спирометр (кабинет пульмонолога)*		
12.	Пеленальный столик для осмотра		

	новорожденных		
13.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
Кабинет дерматовенеролога			
1.	Лампа люминесцентная для диагностики грибковых заболеваний		
2.	Набор инструментов дерматовенеролога		
3.	Кушетка медицинская смотровая		
Кабинет офтальмолога			
1.	Астигмометр		
2.	Гониоскоп		
3.	Индикатор внутриглазного давления		
4.	Лупа бинокулярная налобная		
5.	Набор инструментов офтальмолога		
6.	Набор пробных очковых линз		
7.	Набор таблиц для определения остроты зрения, исследования бинокулярного зрения, периметрии и кампиметрии		
8.	Офтальмоскоп		
9.	Периметр		
10.	Прибор для исследования остроты зрения		
11.	Региноскоп		
12.	Синоптофор		
13.	Щелевая лампа		
14.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
15.	Биксы со стерильным материалом		
16.	Кушетка медицинская смотровая		
17.	Пеленальный столик для осмотра новорожденных		
18.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
19.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
20.	Аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий		
21.	Противошоковая аптечка		
Кабинет отоларинголога			
1.	Налобный рефлектор		
2.	Аудиометр		
3.	Набор камертонов медицинских		
4.	Отоскоп		
5.	Бестеневые лампы, светильник		
6.	Кушетка медицинская смотровая		
7.	Кресло вращающееся (Барани), для проверки и тренировки вестибулярного аппарата		
8.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
9.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
10.	Биксы со стерильным материалом		
11.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		

12.	Аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий		
13.	Противошоковая аптечка		
Кабинет уролога			
1.	Кресло урологическое		
2.	Набор инструментов уролога		
3.	Светильник медицинский передвижной		
4.	Столик инструментальный передвижной		
5.	Урометр		
6.	Термометр		
7.	Негатоскоп		
8.	Кушетка медицинская смотровая		
9.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
10.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
11.	Биксы со стерильным материалом		
12.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
13.	Аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий		
14.	Противошоковая аптечка		
Кабинет хирурга			
1.	Камера для хранения стерильного инструмента		
2.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
3.	Биксы со стерильным материалом		
4.	Аспиратор (отсасыватель) хирургический		
5.	Аппарат дыхательный ручной		
6.	Светильник медицинский передвижной		
7.	Столик инструментальный передвижной		
8.	Набор хирургический малый		
9.	Термометр		
10.	Негатоскоп		
11.	Стол перевязочный		
12.	Стол хирургический		
13.	Стол инструментальный		
14.	Кушетка медицинская смотровая		
15.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
16.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
17.	Аптечка для проведения постконтактной профилактики на случай возникновения биоаварий		
18.	Противошоковая аптечка		
Кабинет травматолога-ортопеда			
1.	Камера для хранения стерильного инструмента		
2.	Биксы со стерильными инструментами для осмотра пациентов		
3.	Биксы со стерильным материалом		
4.	Набор инструментов травматолога-ортопеда		

5.	Негатоскоп		
6.	Светильник медицинский передвижной		
7.	Стол перевязочный		
8.	Столик инструментальный передвижной		
9.	Набор инструментов для снятия и наложения гипса		
10.	Пеленальный столик		
11.	Кушетка медицинская смотровая		
12.	Шкаф для хранения медицинских препаратов		
13.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
14.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
15.	Противошоковая аптечка		
Кабинет укрепления здоровья			
1.	Телевизор		
2.	DVD		
3.	Компьютер		
4.	Принтер		
5.	Ксерокс		
6.	Проектор мультимедийный		
7.	Экран		
8.	Доска		
9.	Книжные шкафы		
10.	Флип-чарт		
11.	Стулья не менее 6 штук		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ (СКОРОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

№ п/п	Изделия медицинского назначения и другое оснащение	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
Диспетчерская			
1.	Компьютер с программным обеспечением		
2.	Рация переносная		
3.	Селекторная связь		
4.	Радиопередатчик		
Выездные линейные бригады на 1 транспорт			
1.	Тонومتر для измерения артериального давления		
2.	Стетофонендоскоп		
3.	Термометр		
4.	Электрокардиограф		
5.	Языкодержатель		
6.	Дефибриллятор		
7.	Подушка для кислорода		
8.	Набор инструментов для оказания скорой медицинской помощи		

9.	Чемодан-укладка для скорой медицинской помощи		
10.	Набор акушерский для родовспоможения		
11.	Набор/комплект транспортных иммобилизационных шин		
12.	Носилки для карет скорой помощи		
13.	Контейнер для отходов		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ОСНАЩЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ/КАБИНЕТОВ
(ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, ЭНДОСКОПИИ, УЗИ)**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
КАБИНЕТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ			
1.	Тонومتر для измерения артериального давления		
2.	Стетофонендоскоп		
3.	Кушетка, ширма		
4.	Электрокардиографы одно- и многоканальный		
5.	Пневмотахометр, спирограф		
6.	Холтеровская система суточного мониторинга		
7.	Велоэргометр (ВЭМ)		
8.	Электроэнцефалограф (ЭЭГ)		
9.	Реограф		
10.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
КАБИНЕТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ			
11.	Шкафы для хранения эндоскопов		
12.	Кушетки медицинские		
13.	Столы манипуляционные передвижные для эндоскопической аппаратуры		
14.	Столы инструментальные		
15.	Стойки для эндоскопических приборов		
16.	Каталка - носилки		
17.	Аспираторы-ирригаторы лапароскопические		
18.	Светильники передвижные		
19.	Устройство для мытья гибких эндоскопов		
20.	Роторасширители, шпателя, языкодержатели		
21.	Электроотсос		
22.	Эзофагогастродуоденоскоп с волоконным световодом		
23.	Колоноскоп		
24.	Ректоскоп с волоконным световодом		
25.	Ларингоскоп универсальный		

26.	Сигмоидоколоноскоп биопсийный с волоконным световодом		
27.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи		
28.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
29.	Противошоковая аптечка		
КАБИНЕТ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ			
30.	Кушетка, ширма		
31.	Сканер ультразвуковой диагностический		
32.	Сканер - эхокардиограф		
33.	Сканер ультразвуковой с набором датчиков для исследования сосудов		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ РЕНТГЕНОВСКОГО КАБИНЕТА

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Рентген-диагностические аппараты (графия, скопия) стационарные;		
2.	Аппарат флюорографический стационарный		
3.	Кассеты рентгеновские металлические для рентгеновских пленок (разные размеры)		
4.	Красный фонарь		
5.	Негатоскоп		
6.	Реактивы и проявитель для пленок		
7.	Кронштейн для подвешивания рентгеновских рамок		
8.	Комплект баков для фотохимической обработки рентгенограмм		
9.	Стойка для хранения рентгенографических кассет		
10.	Проявочная машина		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ/КАБИНЕТА ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
А. Оснащение общего/вспомогательного назначения			
1.	Стерилизатор (сухожаровой шкаф)		
2.	Термостат электрический		
3.	Автоклав		

4.	Аквадистиллятор		
5.	РН-метр (иономер)		
6.	Таймеры (секундомеры)		
7.	Термометры, психрометры		
8.	Компьютеры		
9.	Бактерицидные лампы		
10.	Лабораторная и бытовая мебель		
11.	Штативы		
12.	Набор лабораторной посуды		
13.	Диагностические реактивы и расходный материал		
14.	Емкости для дезинфектантов		
15.	Пакеты пластиковые различного цвета для медицинских отходов		
16.	Средства индивидуальной защиты (перчатки, очки/маски, закрытая обувь, халаты/костюмы)		
17.	Специальные наборы (комплекты) одежды, защитные средства и укладки для работы при выявлении особо опасных инфекций.		
	Б. Оснащение для клинико-биохимических исследований		
1.	Анализатор биохимический автоматический или полуавтоматический		
2.	Гематологический анализатор		
3.	Аппарат Панченкова или СОЭ-метр автоматический		
4.	Центрифуга		
5.	Кондиционер (зима-лето)		
6.	Дозаторы одноканальные различного объема		
7.	Наконечники		
	ИТОГО (общая оценка):		

**ОСНАЩЕНИЕ
ОТДЕЛЕНИЯ/КАБИНЕТА ФИЗИОТЕРАПИИ И ЛФК**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Кушетка процедурная		
2.	Аппараты для проведения электролечения (гальванизация, электрофорез, электросон, диадинамотерапия, диатермия, индуктотермия, УВЧ, дарсонвализация, микроволновая терапия (ЛУЧ))		
3.	Аппараты для проведения светолечения (КУФ, УФО, Соллюкс и др.)		
4.	Аппараты и средства для проведения теплолечения (парафинотерапия, озокеритотерапия и др.)		
5.	Аппараты и лекарственные препараты для проведения ингаляционной терапии (ультразвуковые		

	ингаляторы, другие типы ингаляторов, растворы лекарственных препаратов)		
6.	Стерилизатор для обезвоживания и стерилизации парафина		
7.	Стол для физиотерапевтических аппаратов		
8.	Столик массажный малый		
9.	Облучатель для носоглотки		
10.	Щиток физиотерапевтический		
11.	Шкаф встроенный для хранения спортивного инвентаря		
12.	Шкаф медицинский		
13.	Кушетка откидная		
14.	Гимнастическая скамейка		
15.	Гимнастическая стенка		
16.	Динамометр ручной		
17.	Гантели, эспандеры, булавы, лента измерительная		
18.	Гимнастические палки, мячи, обручи, скакалки		
19.	Диски здоровья		
20.	Комплект массажный (валики, мячики)		
21.	Часы специальные		
22.	Аптечка противошоковая		
23.	Весы медицинские электронные		
24.	Ростомер для взрослых		
25.	Табурет винтовой		
26.	Табурет жесткий		
27.	Шкаф для материалов и документов		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ПОМЕЩЕНИЯ ДЛЯ СТИРКИ БЕЛЬЯ И ЗАЩИТНОЙ ОДЕЖДЫ СОТРУДНИКОВ

№ п/п	Оборудование	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Центрифуга		
2.	Стиральные машины		
3.	Сушильная камера или шкаф		
4.	Стол для сортировки белья, стеллажи для хранения чистого белья, стеллажи для хранения грязного белья		
5.	Ванная и тазы		
6.	Каталки для чистого и грязного белья		
7.	Гладильный аппарат		
8.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕРИЛИЗАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1,	Оценка стандарта экспертом в баллах

		2, 4), или «не применимо»	(0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Мебель для медицинского персонала		
2.	Столы упаковочный и для обработки		
3.	Автоклавы		
4.	Сухожаровые шкафы		
5.	Биксы		
6.	Моечная машина		
7.	Стеллажи для хранения материалов		
8.	Емкости для дезинфекционной обработки инструментов и шприцев, мыло-моющих и дезсредств		
9.	Индикаторы для проведения контроля качества предстерилизационной очистки и стерилизации		
10.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ ПУНКТА АВТОКЛАВИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ

№ п/п	Оборудование и инвентарь	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»	Оценка стан- дарта экспер- том в баллах (0, 1, 2, 4), или «не применимо»
1.	Столы упаковочный и для обработки		
2.	Автоклав(ы)		
3.	Разбрызгиватель воды под давлением		
4.	Стеллажи для временного хранения емкостей с опасными отходами		
5.	Стеллажи для хранения чистых емкостей		
6.	Емкости для сбора и транспортировки опасных медицинских отходов, иглоотсекатель и специальные контейнеры для сбора остроконечных инструментов (эмалированные ведра или пропиленовые мешки)		
7.	Весы медицинские электронные		
8.	Ванная и тазы		
9.	Индикаторы для проведения контроля качества автоклавирования		
10.	Аптечка на случай возникновения биоаварий		
11.	Средства индивидуальной защиты		
12.	Шкаф для хранения спецодежды		
	ИТОГО (общая оценка):		

ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ И БЫТОВОЙ МЕБЕЛЬЮ.

№ п/п	Наименование набора/комплектация	Самооценка стандарта ОЗ в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо»	Оценка стан- дарта экспертом в баллах (0, 1, 2, 3), или «не применимо»

Кабинеты медицинского назначения			
1.	Кушетки медицинские		
2.	Столы и стулья медицинские для врачебного персонала		
3.	Столы и стулья медицинские для среднего медицинского персонала		
4.	Процедурные столики		
5.	Стулья медицинские для пациентов		
6.	Ширмы медицинские		
7.	Шкафы медицинские для документации		
8.	Шкафы для одежды медицинского персонала		
Палаты для пациентов (дневной стационар)			
1.	Кровать медицинская для пациентов		
2.	Стулья медицинские для пациентов и посетителей		
3.	Тумба медицинская прикроватная		
4.	Шкафы/вешалки для одежды пациентов		
Административные и хозяйственные помещения			
1.	Столы офисные		
2.	Стулья офисные		
3.	Шкафы офисные для документации		
4.	Шкафы для одежды персонала		
Кабинет сестры-хозяйки			
1.	Стеллажи/шкафы для белья		
2.	Тележка медицинская многофункциональная		
3.	Стол медицинский		
4.	Стул медицинский		
5.	Шкаф для одежды персонала		
ИТОГО (общая оценка):			

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
кабинетов стоматологического отделения
(общей практики, терапевтический, хирургической профилактики)**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Специализация/кабинет			
				общая практика	терапия	хирургия	профилактика
1.	Автоклав			+	+	+	+
2.	Аквадистиллятор			+	+	+	
3.	Амальгаммосмеситель			+	+		
4.	Аппарат воздушно-абразивный для снятия зубных отложений			+	+		+
5.	Аппарат для дезинфекции оттисков			+	+		
6.	Аппарат для диагностики жизнеспособности пульпы (одонтометр)			+	+	+	
7.	Аппарат для изготовления капп,			+	+		+

	используемых для отбеливания						
8.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)			+	+		
9.	Аппарат для определения центрального соотношения челюстей			+			
10.	Аппарат для проведения профессионального отбеливания зубов			+	+		+
11.	Аппарат для электро(фоно)фореза			+			+
12.	Аппарат лазерный				+	+	
13.	Аппарат ультразвуковой для снятия зубных отложений			+	+		+
14.	Аппарат ультразвуковой универсальный			+	+	+	+
15.	Артикулятор с лицевой дугой			+			
16.	Аспиратор хирургический					+	
17.	Биксы						
18.	Бормашина зуботехническая						
19.	Бормашина передвижная с компрессором			+	+	+	
20.	Бормашина электрическая			+	+	+	+
21.	Видеокамера интраоральная			+	+		+
22.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)			+	+	+	+
23.	Диатермокоагулятор стоматологический			+	+	+	
24.	Долота и остеотомы					+	
25.	Зажим кровоостанавливающий			+		+	
26.	Зонд глазной			+		+	
27.	Иглы для проведения пункционной биопсии и аспирационного цитологического метода исследования					+	
28.	Инкубатор для проведения микробиологических тестов			+			+
29.	Инструменты: - боры - полиры - финиры - головки фасонные и круги - диски операционные - фрезы			+	+	+	+
30.	Инъектор карпульный			+	+	+	
31.	Камеры для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»)			+	+	+	+
32.	Компьютер			+	+	+	+
33.	Коронкосниматель			+		+	
34.	Корцанг			+		+	
35.	Коффердам (роббердам)			+	+		
36.	Кресло стоматологическое			+	+	+	+
37.	Крючки хирургические			+		+	

38.	Кюрета хирургическая			+		+	
39.	Лампа бактерицидная			+	+	+	+
40.	Лампа для полимеризации			+	+		+
41.	Ложки оттискные			+			
42.	Ложки хирургические			+		+	
43.	Лупа бинокулярная			+	+	+	
44.	Машина упаковочная			+	+	+	
45.	Микромотор стоматологический с оптикой и без оптики			+	+	+	
46.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях			+	+	+	+
47.	Набор для депофореза				+		
48.	Набор для наложения швов					+	
49.	Набор для шлифования и полирования			+	+		+
50.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток - зеркало стоматологическое - зонд стоматологический остроконечный - зонд стоматологический пуговчатый - пинцет зубоврачебный - экскаваторы зубные - гладилки			+	+	+	+
51.	Набор инструментов для снятия назубных отложений			+	+	+	+
52.	Набор инструментов для трахеостомии			+	+	+	
53.	Набор ручных инструментов для снятия поддесневых зубных отложений			+	+		
54.	Наборы инструментов для ретроградного пломбирования корневых каналов					+	
55.	Наконечники: прямой для микромотора - угловой для микромотора - турбинный без фиброоптики - турбинный с фиброоптикой - эндодонтический			+	+	+	+
56.	Негатоскоп			+	+	+	
57.	Ножницы в ассортименте			+	+	+	
58.	Ножницы коронковые			+			
59.	Отсасыватель пыли			+	+	+	+
60.	Отсасыватель слюны			+	+	+	+
61.	Очиститель ультразвуковой («Серьга», «Флюкса»)			+	+	+	+
62.	Очки защитные для врача, пациента и ассистента			+	+	+	+
63.	Параллелометр			+			
64.	Пинцеты			+	+	+	+

65.	Прибор для вертикальной конденсации горячей гуттаперчей				+		
66.	Прибор для измерения выносливости пародонта (гнатодинамометр)				+	+	
67.	Прибор для определения мышечного тонуса			+		+	
68.	Прибор для определения степени подвижности зубов			+	+	+	+
69.	Прибор для очистки и смазки наконечников			+	+	+	+
70.	Прибор для проведения пробы Кулаженко			+			+
71.	Прибор для разогревания гуттаперчи			+	+		
72.	Приборы для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов			+	+	+	+
73.	Радиовизиограф			+	+	+	
74.	Распаторы					+	
75.	Ретракторы			+	+		
76.	Светильник стоматологический			+	+	+	+
77.	Скальпели			+		+	
78.	Средства и емкости для дезинфекции			+	+	+	+
79.	Средства индивидуальной гигиены: - зубные щетки - зубные пасты - ополаскиватели - флоссы, ершики, ирригаторы, межзубные стимуляторы			+	+		+
80.	Стерилизатор гласперленовый			+	+	+	+
81.	Стерилизатор суховоздушный			+	+	+	+
82.	Стол гипсовальный (гипсовочный)			+			
83.	Стол операционный					+	
84.	Установка стоматологическая			+	+	+	+
85.	Шпатели для замешивания оттискных масс			+			
86.	Шпатели для замешивания пломбировочного материала			+	+	+	+
87.	Шпатель для замешивания гипса			+			
88.	Шприцы и иглы для проведения инъекций, в т.ч. интралигаментарных			+	+	+	+
89.	Щипцы для удаления зубов в комплекте					+	
90.	Щипцы крампонные			+			
91.	Щитки защитные для врача и ассистента			+	+	+	+
92.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи			+	+	+	+
93.	Аптечка на случай			+	+	+	+

	возникновения биоаварий						
94.	Противошоковая аптечка			+	+	+	+
	ИТОГО (общая оценка):						

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
кабинетов стоматологического отделения
(ортопедический, ортодонтический, зуботехническая лаборатория)**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Специализация/кабинет		
				ортопедия	ортодонтия	зуботехническая лаборатория
1.	Аппарат для дезинфекции оттисков			+	+	
2.	Аппарат для заточки инструментов			+	+	
3.	Аппарат для литья металла					+
4.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)			+	+	
5.	Аппарат для определения протетической плоскости					+
6.	Аппарат для определения центрального соотношения челюстей			+	+	
7.	Аппарат для прессования ортодонтических пластинок				+	+
8.	Аппарат для прогрева литьевых форм					+
9.	Аппарат для разогрева гидроколлоидной массы					+
10.	Аппарат лазерный				+	
11.	Аппарат паяльный					+
12.	Аппарат точечной сварки				+	+
13.	Аппарат ультразвуковой универсальный			+	+	
14.	Артикулятор с лицевой дугой			+	+	+
15.	Биксы				+	
16.	Бормашина зуботехническая					+
17.	Бормашина передвижная с компрессором			+	+	
18.	Бормашина электрическая			+	+	
19.	Бункер или дозатор гипса					+
20.	Бюгельная рамка					+
21.	Вакуумный миксер					+
22.	Весы настольные, лабораторные				+	+
23.	Вибростол					+
24.	Видеокамера интраоральная			+	+	
25.	Воскотопка					+
26.	Вытяжной шкаф					+
27.	Гидрополимеризатор					+
28.	Гипсовальный стол обшитый					+

	нержавеющей сталью или пластиком с отверстием для удаления отходов гипса					
29.	Гипсоотстойники					+
30.	Гнатостат				+	
31.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)			+	+	+
32.	Дозатор гипса (бинкер)				+	+
33.	Зажим кровоостанавливающий			+		
34.	Зеркала для фотосъемки				+	
35.	Зонты вентиляционные, вытяжные					+
36.	Зуботехническая бормашина					+
37.	Инструменты: - боры - полиры - финиры - головки фасонные и круги - диски операционные - фрезы			+	+	+
38.	Камеры для хранения стерильных инструментов («Ультравиол», «Панмед», «Ультралайт»)			+	+	
39.	Комплект приспособлений для профилактики аномалий прикуса				+	
40.	Компрессор				+	+
41.	Компьютер			+	+	
42.	Коронкосниматель			+	+	
43.	Корцанг			+	+	+
44.	Коффердам (роббердам)			+	+	
45.	Кресло стоматологическое			+	+	
46.	Кювета для дублирования					+
47.	Кювета зуботехническая большая					+
48.	Лампа бактерицидная			+	+	
49.	Лампа для полимеризации			+	+	
50.	Лобзик					+
51.	Ложка для металла					+
52.	Ложки оттискные			+	+	
53.	Лупа бинокулярная			+	+	
54.	Машина упаковочная			+	+	
55.	Микрометр					+
56.	Микромотор стоматологический с оптикой и без оптики			+	+	
57.	Муфельная печь					+
58.	Набор аппаратов, инструментов, материалов и медикаментов для оказания помощи при неотложных состояниях			+	+	
59.	Набор для ортодонтических работ				+	+
60.	Набор для работы с					+

	керамикой					
61.	Набор измерительных ортодонтических инструментов				+	
62.	Набор инструментов для осмотра рта (базовый): - лоток - зеркало стоматологическое - зонд стоматологический остроконечный - зонд стоматологический пуговчатый - пинцет зубохирургический - экскаваторы зубные - гладилки			+	+	
63.	Набор инструментов для работы с имплантатами			+		
64.	Набор инструментов для работы с несъемной ортодонтической аппаратурой				+	
65.	Набор инструментов для съемной аппаратуры				+	
66.	Наборы инструментов для работы с металлическими коронками и кольцами				+	
67.	Наконечники: - прямой для микромотора - угловой для микромотора - турбинный без фиброоптики - турбинный с фиброоптикой - эндодонтический			+	+	+
68.	Негатоскоп			+	+	
69.	Нити арамидные для шинирования			+		
70.	Нож для гипса					+
71.	Ножницы в ассортименте				+	
72.	Ножницы коронковые			+	+	+
73.	Нож-шпатель зуботехнический					+
74.	Окклюдатор			+	+	+
75.	Отсасыватель пыли			+	+	
76.	Отсасыватель слюны			+	+	
77.	Очиститель ультразвуковой («Серьга», «Флюкса»)			+	+	
78.	Очки защитные для врача, пациента и ассистента			+	+	+
79.	Палитра					+
80.	Параллелометр			+	+	+
81.	Пароструйная установка					+
82.	Периотест				+	
83.	Пескоструйный аппарат					+
84.	Печь для выплавки воска					+
85.	Пинцет зуботехнический					+
86.	Пинцеты			+	+	
87.	Плита газовая (электрическая)					+
88.	Пневмополимеризатор					+

89.	Полировочный станок с пылеуловителем драгоценных металлов					+
90.	Пресс для выдавливания гипса					+
91.	Пресс для кювет зуботехнический гидравлический					+
92.	Пресс для формовки пластмассы					+
93.	Прибор для измерения выносливости пародонта (гнатодинамометр)			+	+	
94.	Прибор для обрезки гипсовых моделей				+	+
95.	Прибор для определения мышечного тонуса			+	+	
96.	Прибор для определения степени подвижности зубов			+	+	
97.	Прибор для очистки и смазки наконечников			+	+	
98.	Радиовизиограф			+	+	+
99.	Ретракторы				+	
100.	Светильник стоматологический			+	+	+
101.	Скальпели				+	+
102.	Скальпель моделировочный				+	+
103.	Стерилизатор гласперленовый			+	+	
104.	Стол гипсовальный (гипсовочный)			+	+	+
105.	Стол для работы с изолирующими материалами, пластмассами					+
106.	Тигель керамический				+	+
107.	Тиски слесарные					+
108.	Трегеры					+
109.	Установка для СВЧ-полимеризации					+
110.	Установка стоматологическая			+	+	
111.	Фотоаппарат				+	
112.	Фотополимеризатор					+
113.	Фотостат				+	
114.	Фрезерный параллелометр					+
115.	Шкаф для хранения кювет, бюгельных рамок					+
116.	Шкаф для хранения расходных материалов			+	+	+
117.	Шпатели для замешивания оттискных масс			+	+	
118.	Шпатели для замешивания пломбирочного материала			+	+	
119.	Шпатель для замешивания гипса			+	+	+
120.	Шпатель электрический			+		+
121.	Щипцы держатель для литьевых штампов					+
122.	Щипцы крапонтные			+	+	+
123.	Щипцы круглые				+	+

124.	Щипцы кусачки				+	+
125.	Щипцы плоскогубцы				+	+
126.	Щитки защитные для врача и ассистента			+	+	
127.	Аптечка для оказания экстренной медицинской помощи			+	+	+
128.	Аптечка на случай возникновения биоаварий			+	+	+
129.	Противошоковая аптечка			+	+	+
	ИТОГО (общая оценка):					

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОГО ОСНАЩЕНИЯ
рентгенологического кабинета в стоматологическом отделении**

№ п/п	Изделия медицинского назначения	Самооценка стандарта в баллах (0,1,2,4), «не применимо»	Оценка стандарта экспертом в баллах (0,1,2,4), «не применимо»
1.	Аппарат рентгеновский переносной		
2.	Аппарат рентгенодиагностический дентальный		
3.	Машины проявочные для стоматологических пленок		
4.	Негатоскоп		
5.	Ортопантомограф		
6.	Средства защиты от ионизирующего излучения		
	ИТОГО (общая оценка):		